



BACHELORARBEIT

Manuel Eisinger

**Implementierung von
Qualitätsmanagement in einer
ambulanten Rehabilitations-
einrichtung - am Beispiel des
„REHA med Herxheim“**

2014

BACHELORARBEIT

Implementierung von Qualitätsmanagement in einer ambulanten Rehabilitations- einrichtung - am Beispiel des „REHA med Herxheim“

Autor:
Manuel Eisinger

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM11wP1-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller

Zweitprüfer:
Prof. Dr. phil. Tobias Erhardt

Einreichung:
Herxheim, 24.06.2014

BACHELOR THESIS

Implementation of quality management in an ambulant rehabilitation institution - using the example of “REHA med Herxheim”

author:
Manuel Eisinger

course of studies:
Healthmanagement

seminar group:
GM11wP1-B

first examiner:
Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller

second examiner:
Prof. Dr. phil. Tobias Erhardt

submission:
Herxheim, 24.06.2014

Bibliografische Angaben

Eisinger Manuel:

Implementierung von Qualitätsmanagement in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung – am Beispiel des „REHA med Herxheim“

Implementation of quality management in an ambulant rehabilitation institution – using the example of “REHA med Herxheim”

51 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

Abstract

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems stellt für Unternehmen im Gesundheitswesen einen wichtigen Erfolgsfaktor dar. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Implementierung von Qualitätsmanagement in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung – am Beispiel des „REHA med Herxheim“. Da dies einen über mehrere Jahre andauernden Prozess mit sich bringt, bezieht sich diese Arbeit rein auf die Implementierung dieses Systems. Im Ausblick werden derzeit laufende sowie zukünftige Projekte beschrieben. Das oberste Ziel der Einführung des Qualitätsmanagementsystems besteht darin, die Qualität der Rehabilitationsbehandlung im REHA med Herxheim zu erhalten und weiter zu steigern.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung und Aufbau der Arbeit	1
2 Darstellung grundlegender Begrifflichkeiten	3
2.1 Qualität	3
2.2 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	5
2.3 Ambulante Rehabilitation	8
3 Entscheidung für „QMS-REHA“ der Deutschen Rentenversicherung Bund ..	13
4 Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung	14
5 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot des REHA med Herxheim	20
5.1 Indikationen	20
5.2 Leistungsspektrum	22
6 Struktur der Rehabilitationseinrichtung.....	25
6.1 Allgemeine Unternehmensdarstellung	25
6.2 Diagnostische Ausstattung	28
6.3 Organigramm des REHA med Herxheim	29
6.4 Beteiligte im Qualitätsmanagement.....	30
7 Qualitätselemente.....	31
7.1 Politik und Strategie	31
7.1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen	32
7.1.2 Qualitätspolitik.....	32
7.1.3 Qualitätsziele	34
7.2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung.....	37
7.2.1 Rehabilitanden und weitere Interessenpartner	37
7.2.2 Rehabilitanden- und Kundenanforderungen sowie deren Maßnahmen	39
7.2.3 Rehabilitanden- und Kundenzufriedenheit.....	43
7.3 Verantwortung der Leitung	44
7.3.1 Leitung	44
7.3.2 Wahrnehmung der Verantwortung	45

7.3.3 Führungsinstrumente	48
8 Ausblick.....	50
Literaturverzeichnis	XI
Anlagen	XIII
Eigenständigkeitserklärung	XIV

Abkürzungsverzeichnis

BIC:	Bank Identifier Code
GmbH:	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HRB:	Handelsregister Abteilung B
IBAN:	International Bank Account Number
ICF:	International Classification of Functioning, Disability and Health
IK-Nr.:	Institutionskennzeichen
QM:	Qualitätsmanagement
QMB:	Qualitätsmanagement-Beauftragter
QMS:	Qualitätsmanagement-System
REHA med:	Rehabilitationszentrum Herxheim
USt.-IdNr.:	Umsatzsteuer-Identifikationsnummer

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kerngrößen der Dienstleistungsqualität	4
Abbildung 2: Bausteine eines Qualitätsmanagementsystems für Dienstleistungen.....	8
Abbildung 3: Der Patient im Mittelpunkt eines interdisziplinären Rehabilitationsteams	15
Abbildung 4: Das REHA med Herxheim als zentrale Anlaufstelle für den Patienten ...	17
Abbildung 5: PDCA-Zyklus nach Deming.....	19
Abbildung 6: Standort des REHA med Herxheim im Ortsplan Herxheim	27
Abbildung 7: Anfahrt zum REHA med Gesundheitspark	27
Abbildung 8: Organigramm des REHA med Herxheim	29
Abbildung 9: Die acht Qualitätselemente des "QMS-REHA"	31
Abbildung 10: Die drei Kernpunkte der Qualitätspolitik	34
Abbildung 11: Balanced Scorecard	36
Abbildung 12: QM-Instanzen des REHA med Herxheim.....	45
Abbildung 13: Führungsinstrumente des REHA med Herxheim	48

1 Einleitung und Aufbau der Arbeit

Um den Ansprüchen des deutschen Gesundheits- und Rechtssystems gerecht werden zu können (QM-Pflicht nach SGB V §135a), benötigen Einrichtungen, die zum Versorgungsprozess des Gesundheitswesens beitragen, zunehmend ein hohes Qualitätsbewusstsein. Dies kann nur durch die Implementierung eines bereits bewährten Qualitätsmanagements erreicht werden. Aus diesem Grunde hat sich das REHA med Herxheim zur weiteren Steigerung seiner Qualität für die Einführung des „QMS-REHA“ entschieden.

Da der Autor der vorliegenden Arbeit familiär bedingt bereits seit frühester Jugend in dem REHA med Herxheim engagiert mitarbeitet und nach Vollendung seines Studiums als stellvertretender Geschäftsführer eingesetzt werden wird, fiel ihm die Aufgabe zur Implementierung eines Qualitätsmanagements zu.

Durch die Einbindung in das Unternehmen sind dem Verfasser die Prozessabläufe in allen Bereichen des REHA med Herxheim bekannt, wodurch die Einführung des QMS vereinfacht wurde.

Nachfolgend werden kurze Zusammenfassungen der einzelnen Kapitel dargestellt. Beim Aufbau dieser Arbeit wurde sich am Manual der „QMS-REHA – Version 2.0“ orientiert, da dieses Qualitätsmanagement allen gesetzlich gestellten Ansprüchen entspricht und direkt in die ambulante Rehabilitation übertragen werden kann. Die Vorgaben der „Deutschen Rentenversicherung Bund“ sind klar definiert und somit werden hauptsächlich ihre Publikationen verwendet, um den Standards des Qualitätsmanagementhandbuchs gerecht zu werden.

Zu Beginn werden die grundlegenden Begrifflichkeiten erläutert und ihr Stellenwert zum Aufbau eines Qualitätsmanagements im REHA med Herxheim beschrieben (Kapitel 2). Zudem wird in einer kurzen Zusammenfassung auch auf die Historie des Qualitätsmanagements eingegangen.

Um das passende Qualitätsmanagement auszuwählen, wurde zuerst ein Qualitätszirkel einberufen, welcher die Qualitätsansprüche und –merkmale des REHA med Herxheim evaluierte und schließlich hat man sich in einer interdisziplinären Besprechung für das „QMS-REHA“ der „Deutschen Rentenversicherung Bund“ entschieden (Kapitel 3).

In Kapitel 4 wird das intern und extern transportierte Leitbild dargelegt. Es werden die angestrebten Ziele, Verhaltensweisen und Ausrichtungen der Rehabilitationseinrichtung vorgestellt sowie die Einbindung des Qualitätsmanagement in den Alltag des REHA med Herxheim beschrieben. Die regelmäßig durchgeführten

Kontrollen, bei welchen das Instrument des PDCA-Zyklus verwendet wird, werden veranschaulicht.

Die in den BAR-Richtlinien genannten Behandlungsindikationen zu orthopädischen und neurologischen Rehabilitationsmaßnahmen werden komplett durch das Therapieangebot des REHA med Herxheim abgedeckt, welches in Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit durch die Erläuterung der Indikationen und auch des Leistungsspektrums beschrieben wird.

Allgemeine Unternehmensdarstellung, Diagnostische Ausstattung sowie die Darstellung des Organigramms zeigen die Strukturen des REHA med Herxheim auf und definieren die Beteiligten des gesamten Qualitätsmanagementprozesses (Kapitel 6).

In Kapitel 7 werden die Qualitätselemente der „QMS-REHA“ vorgestellt und die für die Implementierung des Qualitätsmanagements wichtigen Faktoren genauer ausgearbeitet. Aufgrund der hohen Bedeutung der Kundenzufriedenheit wird dabei in besonderer Form auf die Kunden- und Interessengruppen eingegangen. Zudem werden die Funktion der Leitung sowie die Verteilung der Verantwortung genauer erläutert und im Anschluss die Führungsinstrumente beschrieben, mit welchen die Erreichung der Qualitätsziele gewährleistet wird.

Im Ausblick wird die weitere Ausarbeitung des Qualitätsmanagementsystems und des Qualitätsmanagementhandbuchs dargestellt. Zudem werden laufende Projekte sowie Qualitätszirkel, welche demnächst neue Konzepte entwickeln, beschrieben. Hierbei wird auch ein Teil des zukünftigen Arbeitsbereiches des Autors vorgestellt.

2 Darstellung grundlegender Begrifflichkeiten

Im Nachfolgenden werden die wichtigsten Faktoren zum Verständnis der vorliegenden Arbeit definiert. Im Bereich der ambulanten Rehabilitation erhält das Qualitätsmanagement einen immer höheren Stellenwert, was durch die Erstellung des Manuals „QMS-REHA“ der „Deutschen Rentenversicherung Bund“ verdeutlicht wird. Daher hat sich der Autor dazu entschieden, diese Begrifflichkeiten und ihre Bedeutungen genauer zu erläutern.

2.1 Qualität

„Das Wort „Qualität“ hat seinen Ursprung im Lateinischen („qualis“ = wie beschaffen) und umschreibt nach allgemein sprachlicher Auffassung „Beschaffenheit“, „Güte“ oder „Wert“ eines Objektes.“¹ In der heutigen Zeit ist der Begriff „Qualität“ ein sehr zerstreutes Thema, da sich die „Qualität“ eines Produktes bzw. einer Dienstleistung nur schwer einschätzen lässt und viele verschiedene Auffassungen zu diesem Thema im Umlauf sind.²

Versetzt man sich jedoch in die Lage des Konsumenten, wird meist nach der „Preis-Leistungs-Methode“ gehandelt. Der Kunde beurteilt letztendlich, ob ihm das Produkt oder die Dienstleistung den Preis wert ist und entscheidet sich dafür oder dagegen.³ Dieses Kundenverhalten hat zur Folge, dass es zu einem Konkurrenzkampf unter verschiedenen Unternehmen einer Branche kommen kann, wodurch die Preise durch den immer größer werdenden Druck von außen stark das Preis-Leistungs-Verhältnis beeinflussen.

Im Gesundheitswesen ist zudem der Begriff der Dienstleistungsqualität von enormer Bedeutung: „Dienstleistungsqualität ist die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung gemäß den Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen. Sie bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmale der Dienstleistung, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden.“⁴ Mit anderen Worten definiert sich die Dienstleistungsqualität an den Erwartungen des Kunden, d.h. die Qualität wird von

¹ Vgl. Bruhn, 2013, 30

² Vgl. Bruhn, 2013, 30

³ Vgl. Bruhn, 2013, 32

⁴ Vgl. Bruhn, 2013, 33

jeder Person anders wahrgenommen und verschiedene Qualitätsmerkmale erhalten einen anderen Stellenwert. Demnach hat die Dienstleistungsqualität zwei wesentliche Kerngrößen, die in der folgenden Abbildung verdeutlicht werden:



Abbildung 1: Kerngrößen der Dienstleistungsqualität
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Bruhn, 2013, 34

Beispielsweise wird die Leistung eines Physiotherapeuten dadurch gemessen, dass der Therapeut am Kunden/Patienten eine therapeutische Maßnahme vornimmt, welche den Kunden in seinem Genesungsprozess unterstützt und die Heilungsphase verkürzen soll. Diese Dienstleistung wird von dem behandelten Patienten sehr individuell wahrgenommen („Wahrgenommene Dienstleistungsqualität“) und im Anschluss, als positiv oder negativ bewertet. Demnach kann die Dienstleistungsqualität nicht pauschal als „gut“ oder „schlecht“ definiert werden, sondern orientiert sich in den meisten Fällen an den Erwartungen und Erfahrungen des Kunden.

Da der Sektor Gesundheitswesen eine speziellere Form der Dienstleistung darstellt, wird im Folgenden noch eine Definition aus dem SGB V dargestellt:

„ §70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit.

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß der Notwendigkeit nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“⁵

2.2 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Das heutige Qualitätsmanagement ist im Dienstleistungsbereich ein fester Bestandteil der wirtschaftlichen Beziehungen der Unternehmen untereinander und in der Tagesstruktur vieler Angestellter ein täglicher Begleiter. Aufgrund des speziellen Charakters des deutschen Gesundheitswesens hat sich der Gesundheitssektor erst spät der Entwicklung des Qualitätsmanagements angeschlossen.⁶

„Unter einem Qualitätsmanagementsystem ist die Zusammenfügung verschiedener Bausteine unter sachlogischen Gesichtspunkten zu verstehen, um unternehmensintern und –extern eine systematische Analyse, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von qualitätsrelevanten Aspekten des Leistungsprogramms eines Unternehmens sicherzustellen.“⁷ Oder nach DIN EN ISO 9000: „Qualitätsmanagementsystem: System für die Festlegung der Qualitätspolitik und von Qualitätszielen sowie zum Erreichen dieser Ziele.“⁸ Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass ein Qualitätsmanagementsystem ein strukturierter und standardisierter Ablauf zur Realisierung eines Qualitätsmanagements darstellt.

Die Neugestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 hat alle Leistungserbringer per Gesetz dazu verpflichtet, die Sicherung ihrer Qualität zu gewährleisten. Des Weiteren besteht die Verpflichtung zur Implementierung und Weiterentwicklung eines einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements für alle Krankenhäuser, stationäre und ambulante Einrichtungen.⁹ Diese Maßnahmen sollten nicht nur die Qualität der Behandlung, sondern auch die Prozessabläufe sowie die Behandlungsergebnisse umfassen und auch durch externe Kontrollen verifizierbar sein.¹⁰

Hierbei besteht die schwierigste Aufgabe, die Brücke zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu bauen. In Unternehmen der Gesundheitsbranche sind folgende Merkmale beim Aufbau des Qualitätsmanagements zu beachten:

⁵ Vgl. § 70 SGB V

⁶ Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, 16

⁷ Vgl. Bruhn, 2013, 66

⁸ Vgl. Benes/Groh, 2012, 96

⁹ Vgl. § 135ff SGB V

¹⁰ Vgl. § 137ff SGB V

- Kundenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Prozessorientierung
- Beleuchtung interner Strukturen
- Präventives Fehler- und Risikomanagement
- Kontinuierliche Verbesserung

Da die Kundenzufriedenheit das höchste Ziel eines Unternehmens im Gesundheitswesen darstellt, ist das Merkmal der **Kundenorientierung** als eines der wichtigsten anzusehen. Als Kunde werden in der Regel zwar die Patienten betrachtet, doch auch Kostenträger, Zuweiser, Kooperationspartner, Lieferanten und Mitarbeiter sind als Kunden zu differenzieren.

Im Bereich der **Mitarbeiterorientierung** steht das höchste Maß an Behandlungsqualität im Mittelpunkt. Dies kann nur durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung und das interdisziplinäre Handeln aller Mitarbeiter erreicht werden. Das Einsetzen verschiedener Qualitätskontrollinstanzen ist dabei von großer Wichtigkeit.

Bei alltäglichen Behandlungsabläufen im Gesundheitssektor ist ein **Prozessdenken** noch nicht vorherrschend. Doch dieses ist für die Implementierung eines Qualitätsmanagements von zentraler Bedeutung. Ein standardisierter Behandlungsablauf mit einer integrierten Zielsetzung sollte von allen Mitarbeitern umgesetzt werden.

Das Qualitätsmanagement bezieht sich in der Betrachtung **interner Strukturen** auf eine positive Ausrichtung von Kosten und Nutzen. Hierbei müssen die diversen Unternehmensstrukturen von innen heraus transparent gemacht werden.

Im Vordergrund des **präventiven Fehler- und Risikomanagements** steht die Vermeidung von Fehlern, das Aufspüren von Fehlerursachen und die Fehlerbehebung. Hierdurch soll eine **kontinuierliche Verbesserung** gewährleistet und eine Qualitätsverbesserung erzielt werden.¹¹

Einblicke in die historische Entwicklung des Qualitätsmanagements

Bereits 1911 wurden die ersten Ursprünge des Qualitätsmanagements durch Taylors „Scientific Management“ geschaffen. **Frederick Winslow Taylor (1856 – 1915)** legte durch die Aufgliederung in disponierende und ausführende Arbeit den Grundstein für das heutige Qualitätsmanagement. Er bildete Leitsätze und Standards, die allerdings ausschließlich von oben nach unten transportiert wurden. „Der arbeitende Mensch gilt

¹¹ Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, 16f

als eine Art „Kraftmaschine“, die von außen gesteuert und kontrolliert werden muss.“¹² Somit wurden durch ihn Zeit- und Bewegungsstudien, Arbeitsteilung und Einrichtung von Leitungseinheiten in das alltägliche Arbeitsleben übernommen.

Henry Ford (1863 – 1947) schuf mit seinen vier Grundprinzipen des „Fordismus“ die Basis für heutige Organisationsleitbilder. Diese sind:

1. Aus Fehlern soll gelernt werden, keine Resignation,
2. Konkurrenz soll geachtet, nicht missachtet werden,
3. Gewinn ist gut, solange er ehrlich verdient wurde,
4. Kosten-Nutzen Bewusstsein bzw. kundenorientiertes Verhalten,

Einen weiteren Grundstein legte **Walter Andrew Shewhart (1891 – 1967)** durch die Einführung von Kontrollen, die den heutigen Audits als Vorläufer dienen.

Seine damals eingeführte Qualitätsregelkarte ist vergleichbar mit dem heute bekannten PDCA-Zyklus nach Deming.

Zum Wiederaufbau der japanischen Wirtschaft lehrte **William Edwards Deming (1900 – 1993)** in Japan die Methoden der Qualitätssicherung und stieß auf große Anerkennung. Deming wollte weg vom „Taylorismus“ und versuchte mehr auf Kundenbedürfnisse einzugehen.

Dieses Umdenken nutzte der Japaner **Taiichi Ohno (1912 – 1990)** zur Weiterentwicklung des „Fordismus“ in den „Toyotismus“. Hierbei entstand eine Änderung der Arbeitsabläufe, um die Produktivität zu steigern und den Qualitätsansprüchen gerecht zu werden (Ursprung der ersten Fließbandarbeiten). Zudem wurde die just-in-time Produktion entwickelt, um hohe Lagerungskosten einzusparen. Hierdurch wurden Arbeitsabläufe genauer überprüft und teilweise standardisiert, womit eine genauere Betrachtung der Arbeitsprozesse gegeben war und der Fortschritt des Qualitätsmanagements angeregt wurde.

Nach weiteren Erkenntnissen gelang das Qualitätsmanagement über Amerika auch nach Europa und schließlich wurden weltweit Abwandlungen des Qualitätsmanagements genutzt, da der Erfolg für sich spricht.¹³

Die vorrangigste Aufgabe des heutigen Qualitätsmanagementsystems eines Unternehmens ist die Erstellung und Sicherung der Qualitätsfähigkeit. Hierzu verwendet **Manfred Bruhn (1947)** in Anlehnung an Deming die vier Bausteine – Analyse, Planung, Durchführung und Kontrolle – um den Managementprozess effektiv zu gestalten.¹⁴

¹² Vgl. Zollondz, 2011, 65

¹³ Vgl. Zollondz, 2011, 58ff

¹⁴ Vgl. Bruhn, 2013, 67

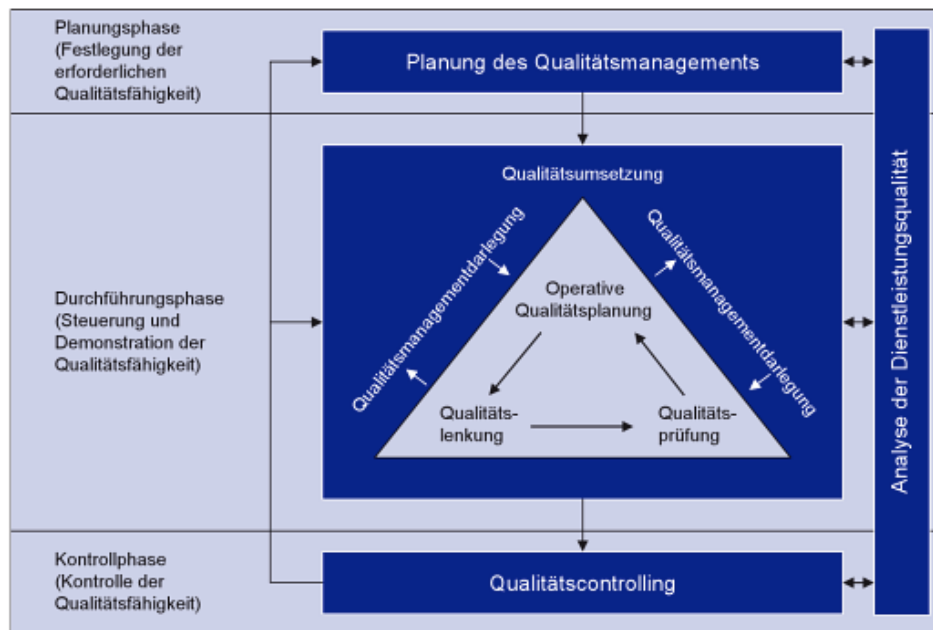


Abbildung 2: Bausteine eines Qualitätsmanagementsystems für Dienstleistungen
Quelle: Bruhn, 2013, 67

Durch die Einhaltung der einzelnen Phasen entsteht ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess, welcher durch die ständige Verifizierung transparent gehalten wird. Das heißt, die einzelnen Bausteine bauen aufeinander auf und werden, um die Qualität aufrechtzuerhalten, in regelmäßigen Abständen wiederholt. Somit ist ein zunehmendes Wachstum der Prozessqualität gewährleistet.

2.3 Ambulante Rehabilitation

Das Wort „Rehabilitation“ lässt sich aus dem lateinischen ableiten und bedeutet wiederherstellen. Oberstes Ziel einer jeden Rehabilitationsbehandlung liegt darin, bereits eine erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder sogar die Wiedereingliederung in den Beruf zu ermöglichen. Es soll zumindest die Abwendung einer Verschlechterung erreicht werden. Eine Verbesserung der Lebensqualität der Rehabilitanden sollte in den Vordergrund gestellt werden, um eine Sicherung von persönlichen und beruflichen Aspekten gewährleisten zu können.¹⁵

„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Absatz 2 beschriebenen Ziele (Zur Abwendung einer Behinderung oder Pflegebedürf-

¹⁵ Vgl. DRV Bund, 2013, 4

tigkeit, zur Beseitigung und zur Minderung einer Krankheit)¹⁶ zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht.“¹⁷

Die durch die „Deutsche Rentenversicherung Bund“ erhobene Statistik besagt, dass die am häufigsten rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen folgende sind:

- Muskuloskeletale Erkrankungen (beispielsweise Arthrosen und andere rheumatische Erkrankungen, Bandscheibenschäden)
- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (zum Beispiel Herzinfarkt, Zustand nach Bypass-Operationen oder Schlaganfall)
- Psychische Erkrankungen (zum Beispiel Neurosen, depressive Störungen und Suchterkrankungen)
- Krebserkrankungen¹⁸

Im REHA med Herxheim wird ein Großteil aller o.g. Erkrankungen behandelt. Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen erhalten im orthopädischen Fachbereich Hilfe und Linderung ihrer Beschwerden. Im Fachbereich Neurologie werden Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems behandelt. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch auf die psychische Betreuung und die Krankheitsbewältigung gelegt. Auch Rehabilitanden mit oder nach einer neurologischen Krebserkrankung finden im REHA med Herxheim Behandlungsmöglichkeiten. Somit kann die Rehabilitationseinrichtung fast alle Erkrankungen, die am häufigsten rehabilitationsbedürftig sind, abdecken.

Aufgrund der immer weiter steigenden Zahl ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen baut sich das Netz der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen immer weiter aus. Seit längerem hat der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger den Ausbau eines flexiblen Systems mit aufeinander angepassten ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitationseinrichtungen empfohlen.¹⁹ Inzwischen haben sich ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen etabliert und finden unter den Rehabilitanden große Zustimmung. Die konzeptionell inhaltliche Grundlage findet man in den „Rah-

¹⁶ Vgl. SGB V, § 11 Absatz 2

¹⁷ Vgl. SGB V, § 40 Absatz 1

¹⁸ Vgl. DRV Bund, 2013, 5

¹⁹ Vgl. DRV Bund, 2001, 3

menempfehlungen zur ambulanten medizinische Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vom 20. Oktober 2000.²⁰

Ein wichtiger Faktor der ambulanten Rehabilitation ist die Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation. Die Maßnahmen können individuell und auf den Einzelfall abgestimmt wohnortsnah durchgeführt werden. Hierdurch wird eine direkte Umsetzung des neu erlernten Verhaltens im häuslichen Bereich möglich, wodurch die Einbeziehung der Familie am Genesungsprozess gewährleistet ist. Aufgrund der wohnortnahen Behandlung ist eine Zusammenarbeit mit Haus- sowie Fachärzten und den behandelnden Rehabilitationsärzten sichergestellt, da durch den regelmäßigen Kontakt eine gute Kooperation gebildet wird.²¹

Ambulant vor stationär

Die kompakte Behandlungsdauer von vier bis ca. sechs Stunden pro Therapietag sowie die vermehrte Therapiehäufigkeit erhöhen den Genesungserfolg und das neu Erlernte kann direkt im häuslichen Umfeld umgesetzt und trainiert werden. Durch die individuelle und ganzheitliche Betrachtung jedes Patienten steht die ambulante Rehabilitation der stationären in nichts nach. Ein großer Vorteil der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme besteht darin, dass der Rehabilitand nach erfolgter Therapie in sein gewohntes Zuhause zurückkehren und den Aktivitäten des täglichen Lebens nachkommen kann.²² Hierbei kann auch eine höhere Integration von Partnern bzw. Angehörigen während der Rehabilitationsmaßnahme sichergestellt werden. Berufliche Aspekte wie zum Beispiel Wiedereingliederung können mit dem Arbeitgeber vor Ort mit Unterstützung des sozialen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung besprochen und vereinbart werden. Es können außerdem bereits vorbehandelnde Spezialisten anderer Fachrichtungen, denen der Krankheitsverlauf bekannt ist, aufgesucht werden.

Doch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme ist nicht für alle Menschen geeignet. Im orthopädischen Bereich des Reha med Herxheim müssen die Selbstversorgung und die fachgemäße Einteilung der eigenen Kräfte gewährleistet sein. Wogegen jedoch insbesondere im neurologischen Bereich multimorbiden Patienten vermehrt Pflege- und Betreuungskräfte zur Verfügung stehen, um dem Rehabilitanden, selbst in Phase C, eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme zu ermöglichen. Die Zumutbarkeit des

²⁰ Vgl. DRV, 2001, 3

²¹ Vgl. DRV, 2001, 4

²² Vgl. Schönlé, 2004, 325

Anfahrtsweges sollte individuell und auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden.

Zielsetzung der ambulanten Rehabilitation

„Eine wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation besteht darin, die Betroffenen zu befähigen, mit ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmend umzugehen und trotz Einschränkungen, vor allem ihre Funktionen im Beruf wahrzunehmen sowie ihre Rollen in Familie und Gesellschaft soweit wie möglich auszuüben.“²³

Da bei manchen akuten oder chronischen Erkrankungen sowie traumatischen Verletzungen keine vollständige Genesung möglich ist, soll eine Rehabilitationsbehandlung zumindest eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. ein Stillstand degenerativer Erkrankungen möglich machen. Die Wiedereingliederung in den vorherigen Beruf oder eine berufliche Neuorientierung sollte angestrebt werden. Nicht nur bei multimorbiden Patienten ist eine individuelle und ganzheitliche Behandlung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes anzustreben.

Die Aufgaben der medizinischen Rehabilitation sind:

1. Falls die vorliegenden Befunde veraltet sind oder die vorangegangene Diagnostik nicht ausreichend ist, muss eine erneute Diagnostik der aktuellen Problematik erfolgen. Diese soll sich nicht nur auf die physische, sondern auch auf die psychische und kognitive Funktionsstörung beziehen. Es muss bei allen Rehabilitanden eine durchgängige ärztliche Verlaufskontrolle erfolgen, bei der alle individuellen Faktoren betrachtet werden.
2. Bei der Erstellung des Therapieplans muss auf die Anmerkungen und die Therapieempfehlungen der vorbehandelnden Ärzte eingegangen werden und die individuelle Fähigkeiten des Patienten sowie seine berufliche Zukunft sollen berücksichtigt werden. Die Wünsche und Abneigungen des Patienten spielen hierbei eine zentrale Rolle.
3. Die Behandlung soll während der Rehabilitationsmaßnahme auf ihre Wirkung kontrolliert und gegebenenfalls angepasst werden. Nachrangige Therapien müssen eventuelle reduziert werden, um durch Erhöhung anderer Behandlungen das Therapieziel erreichbar zu machen.

²³ Vgl. DRV, 2009, 11

4. Restfunktionen müssen ausgebaut und Kompensationsmöglichkeiten erlernt werden, wobei der Abbau hemmender Faktoren und der Aufbau fördernder Faktoren von großer Bedeutung sind.
5. Alle aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen sowie die Erkrankungen und deren Folgen müssen klar erkannt werden.
6. Die Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung müssen in den Therapieplan mit aufgenommen und längerfristige Krankheitsfolgen akzeptiert werden. Ein gesundheitsbewusster Umgang mit dem eigenen Körper soll gefördert werden.
7. Strategien zum Umgang mit der Erkrankung müssen erarbeitet werden (Selbstmanagement).
8. Eine dauerhafte und fest in den Alltag integrierte Umstellung der Lebensweise in eine gesundheitsbewusste Richtung soll erreicht werden.
9. Die Einbeziehung von Angehörigen und direkten Bezugspersonen ist für das Erkennen und Behandeln einer Funktionsstörung von elementarer Bedeutung. Sie können helfen das Erlernte im häuslichen Umfeld direkt ein- und umzusetzen.
10. Alle Rehabilitanden werden durch ein sozialmedizinisches Gutachten beurteilt.
11. Da nach der Rehabilitation eine berufliche Wiedereingliederung oder eine neue berufliche Orientierung bevorsteht, soll der Rehabilitand sich mit Hilfe einer Beratung (Sozialdienst) unter Einbeziehung seines Leistungsvermögens auf seinen bevorstehenden Alltag vorbereiten.
12. Um das erreichte Rehabilitationsziel erhalten zu können, müssen weitere Maßnahmen zur Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die weiterführende ärztliche und therapeutische Betreuung eingeleitet werden.

Doch der wichtigste Aspekt jeder Rehabilitationsbehandlung ist die Mitarbeit und Motivation des Patienten selbst, um den größtmöglichen Rehabilitationserfolg zu erzielen („Hilfe zur Selbsthilfe“).²⁴

²⁴ Vgl. DRV, 2009, 11f

3 Entscheidung für „QMS-REHA“ der Deutschen Rentenversicherung Bund

Im Rahmen eines interdisziplinären Meetings innerhalb der Rehabilitationseinrichtung wurde sich für das „QMS-REHA“ der „Deutschen Rentenversicherung Bund“ entschieden. Das „QMS-REHA“ ist aufgrund seiner speziellen Ausgestaltungsform ein QM-Modell, das den Stellenwert der Qualität der Rehabilitation zusätzlich stärkt. Auch wenn das „QMS-REHA“ eigentlich auf stationäre Rehabilitationseinrichtungen abzielt, lässt es sich problemlos auf eine ambulante Rehabilitationseinrichtung übertragen. Um noch mehr Bedürfnisse und Erwartungen ihrer Rehabilitanden erfüllen zu können, nutzt das REHA med Herxheim die zielgerichtete und systematische Anwendung des „QMS-REHA“. Mit der Einführung folgender Qualitätselemente: „Politik und Strategie, Patienten- und Kundenorientierung, Verantwortung der Leitung, Mitarbeiter, Kommunikation und Information, Infrastruktur, Prozess- und Ergebnisqualität und kontinuierliche Verbesserung“ sind alle wichtigen Aspekte einer qualitativ hochwertigen Rehabilitation abgedeckt und werden im Rahmen des QMS systematisiert.²⁵ Seit dem 12. Januar 2010 ist das „QMS-REHA“ auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft anerkannt. Damit ist gewährleistet, dass die Zertifizierung den neusten gesetzlichen und behördlichen Vorgaben entspricht.²⁶ Im Entscheidungsprozess für das „QMS-REHA“ spielte die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen dem Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung und dem Leistungserbringer REHA med Herxheim eine entscheidende Rolle. Die letzten Endes einstimmige Entscheidung des REHA med Herxheim für dieses QMS wurde stark durch die Erkenntnis beeinflusst, dass die „Deutsche Rentenversicherung Bund“ seit vielen Jahren Erfahrungen in ihren eigenen Häusern mit „QMS-REHA“ sammeln konnte und schon ein mehrjähriger Entwicklungsprozess vorangegangen ist. Die Implementierung des bereits erwähnten QM-Systems versteht das Rehabilitationszentrum als Chance, Strukturen, Verantwortung und Abläufe neu zu ordnen, klar zu definieren und nach innen und außen transparent zu machen.

²⁵ Vgl. „QMS-REHA“ DRV, 2011, 12

²⁶ Vgl. „QMS-REHA“ DRV, 2011, 1

4 Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung

Das Leitbild des REHA med Herxheim soll die Verhaltensweise der Mitarbeiter vereinheitlichen und verifizierbar machen. Damit die im Leitbild verdeutlichten Ziele erreichbar sind, wird eine engagierte und eigenverantwortliche Mitwirkung der Mitarbeiter gefordert. Um die quantitativen und qualitativen Unternehmensziele zu untermauern, sollte das Leitbild eine Verbindung von gewachsenem Selbstverständnis und der Unternehmensphilosophie herstellen. Weiterhin soll das Leitbild einen Handlungsrahmen vorgeben, um den Mitarbeitern ihre Verhaltensweisen vorzugeben, um somit langfristige Ziele erreichbar zu machen. Das vorrangige Ziel des Unternehmensleitbildes ist es, durch die Bewusstmachung der Unternehmenskultur bei allen Mitarbeitern einheitliche Verhaltensweisen und Einstellungen im Umgang mit den Patienten herbeizuführen. Somit kann eine Verbesserung des Unternehmensimages erzeugt werden. Hierzu soll auch die Transparenz des REHA med Herxheim nach innen und außen dienen - beispielsweise Homepage oder Facebook. Um das Leitbild der Öffentlichkeit direkt zugänglich zu machen, findet jährlich ein Tag der offenen Tür statt, der allen Mitarbeitern, Rehabilitanden, Geschäftspartnern und allen weiteren Interessierten die Möglichkeit gibt, einen Einblick in alle Strukturen des REHA med Herxheim zu bekommen.

Das Unternehmen REHA med Herxheim

Das REHA med Herxheim ist ein modernes Gesundheitszentrum im Sektor ambulante Rehabilitation. Es wurde 1997 gegründet und bietet Raum für 80 Patienten im Bereich der muskuloskeletalen Erkrankungen sowie für 30 Patienten im Bereich der neurologischen Erkrankungen. Die Therapiefläche erstreckt sich auf rund 4000m² und wird in naher Zukunft noch mehr Patienten die Möglichkeit zur Gesundung bieten. Da das REHA med jeden Patienten als ganzheitliches Individuum betrachtet, findet die Behandlung nur unter Anwendung hochwertiger Geräte, nach dem neusten Stand der Wissenschaft sowie sehr gut qualifiziertem Fachpersonal statt. Die Zusammenarbeit des interdisziplinären Behandlungsteams zielt auf mehrere Herangehensweisen ab, um dem Patienten eine optimale Versorgung bei chronisch- sowie akutmedizinischen Behandlungen zu garantieren.

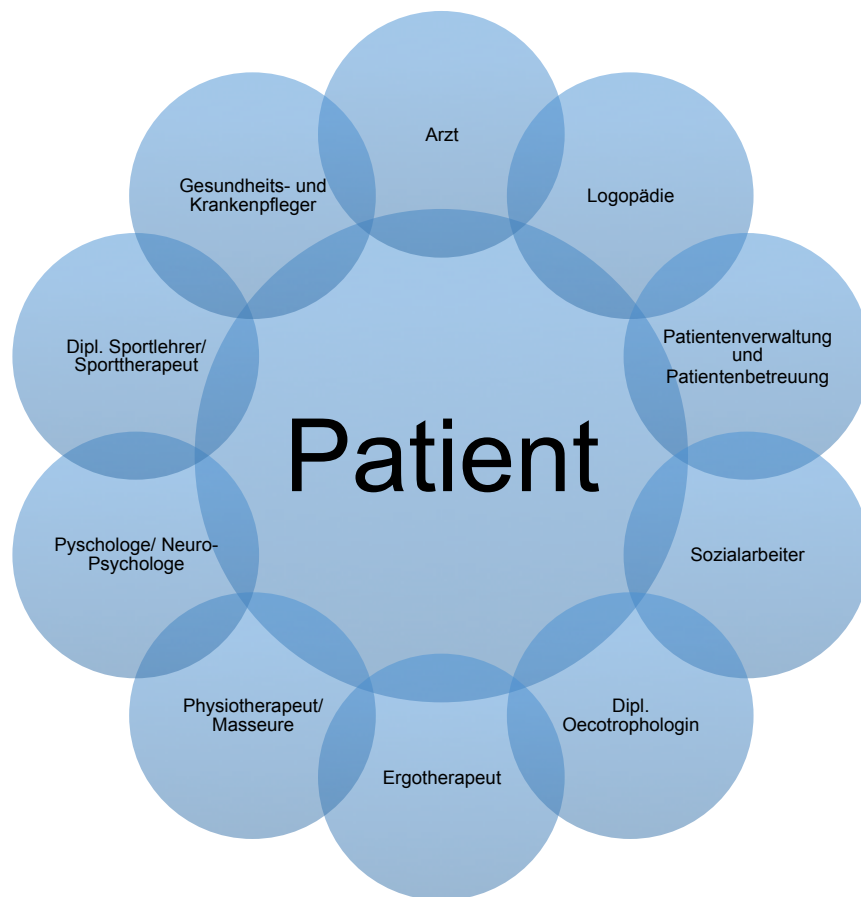


Abbildung 3: Der Patient im Mittelpunkt eines interdisziplinären Rehabilitationsteams

Leitbild für patientenorientiertes Verhalten und Dienstleistungsqualität

Grundsätzlich sollten im Mittelpunkt der Behandlung die Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten stehen. Um die Patienten bei ihrer Genesung unterstützen zu können, muss nicht nur auf die körperlichen Beschwerden, sondern auch auf die seelischen Befindlichkeiten sowie auf das soziale und berufliche Umfeld eingegangen werden. Hierbei sollten besonders die individuellen Ansprüche und Erfordernisse des Patienten berücksichtigt werden. Daher findet die Therapie nicht standardisiert statt, sondern sollte vielmehr auf den aktuellen Stand und den bereits erreichten Fortschritt des Patienten zugeschnitten werden.

Das REHA med strebt an, dass die Rehabilitanden Experten im Umgang mit sich selbst und ihren Krankheiten werden. Daher wird nach dem Prinzip „Verstehen durch Erleben“ gehandelt, weil persönliche Erfahrungen am besten überzeugen und sich das Ergebnis auf lange Sicht bewahren wird.

Leitbild für Mitarbeiter

Alle Mitarbeiter verrichten ihre Arbeit unter Aufbringung von Eigenmotivation und innovativem Handeln. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Fachbereiche, im Besonderen Arzt – Therapeut, erhöht sich das individuelle Behandlungskonzept der Patienten. Dies soll nicht nur dem Patienten dienen, sondern auch das Arbeitsklima und das fast schon familiäre Miteinander stärken. Die hohe Flexibilität aller Mitarbeiter ist hierfür ein sehr wichtiger Bestandteil. Durch regelmäßige ärztliche Zwischenuntersuchungen können Verbesserungen, aber auch Rückschritte der Erkrankung jedes Patienten direkt erfasst werden. Hier können Arzt und Therapeut nach direkter Rücksprache das Therapiekonzept anpassen oder variieren. Dogmatische Strukturen können dabei den Therapieverlauf stark negativ beeinflussen und den Heilungsprozess verlängern.

Leitbild für Führung und Organisation

Trotz der vorherrschenden Zwänge zur Kosten- und Ergebnisorientierung soll die Führungsetage ein Arbeitsklima schaffen, welches allen Angestellten Freude und Spaß an der Arbeit vermittelt und somit zu einem bestmöglichen Behandlungserfolg aller Patienten beitragen kann.

Um das eigenverantwortliche Verhalten der Mitarbeiter fördern zu können, muss die Entwicklung der Ziele darauf aufgebaut sein, konkrete betriebliche Rahmenbedingungen und Freiräume für Mitarbeiter zu schaffen und somit Sicherheit und Unternehmenszugehörigkeit zu stärken. Die Führungspersonen legen ein hohes Maß an Qualität vor, an der sich alle Beschäftigten orientieren können.

Leitbild für das Verhältnis zu Region und Umwelt

Das REHA med Herxheim hat sich im Laufe der Zeit zu einem sehr wichtigen Arbeitgeber in der Region Südliche Weinstraße entwickelt und schafft ständig neue Arbeitsplätze. Zudem wird die Wirtschaft durch die Nutzung von Dienstleistungen sowie Produkten aus umliegenden Ortschaften zusätzlich gestärkt. Diese Verhaltensweise lässt auch auf die umweltbewusste Ausrichtung des REHA med Herxheim blicken. Kleinunternehmen wie der örtliche Bäcker und Metzger können durch die hohe Patientenzahl und die damit verbundene Neugewinnung von Kunden ihre wirtschaftliche Situation festigen.

Leitbild für Partner bzw. Zuweiser

Das REHA med Herxheim stellt das Bindeglied zwischen allen an der Genesung eines Patienten beteiligten Partnern dar. Es bildet eine Brücke zwischen dem vor- und weiterbehandelnden Arzt eines jeden Patienten. Zudem verknüpft es die Interessen des zu Behandelnden in dessen beruflichen sowie privaten Bereichen. Hierdurch wird die Qualität der Behandlung durch das REHA med Herxheim gesichert. Im Regelfall kommt der Patient über einen zuweisenden Arzt oder direkt aus der Akutklinik in die Rehabilitationseinrichtung.

Bereits durch diese Anmeldung erhält das interdisziplinäre Team des REHA med Herxheim alle relevanten Patientendaten von bereits vorbehandelnden Institutionen. Die Erstellung eines auf jeden Patienten individuell zugeschnittenen Therapieplanes erfolgt direkt nach der Voruntersuchung durch den Rehabilitationsarzt. Hierbei werden auch private sowie berufliche Belange des Patienten besprochen und die bio-psycho-sozialen Betrachtungsweisen der ICF berücksichtigt.²⁷ und berücksichtigt. Schon während der Rehabilitation werden in regelmäßig stattfindenden ärztlichen Gesprächen Nachbehandlungskonzepte unter Einbeziehung des Patienten erarbeitet und können somit direkt nach Entlassung an weiterbehandelnde Fachärzte und Therapeuten übermittelt werden. Zusätzlich kümmert sich die hausinterne Sozialberatung um die Sicherung und Zukunft der häuslichen sowie beruflichen Situation der Patienten.

In der folgenden Abbildung wird der Prozess veranschaulicht:

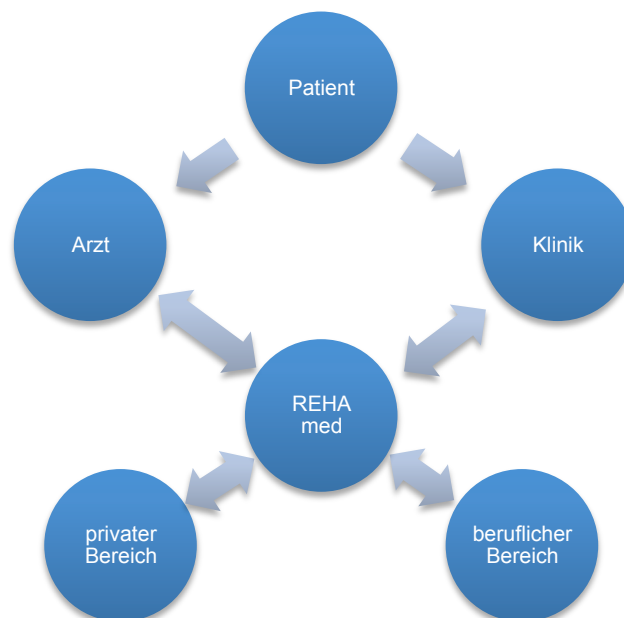


Abbildung 4: Das REHA med Herxheim als zentrale Anlaufstelle für den Patienten

²⁷ Vgl. BAR Rehabilitation und Teilhabe, 2005, 15f

Leitbild für Innovationen

Innovative Ideen, gerade durch engagierte Mitarbeiter eingebracht, werden durch die Geschäftsleitung aufgenommen und zur Erleichterung des Arbeitsablaufes direkt eingebracht. Neue Erkenntnisse aus der weltweiten Rehabilitationsforschung sowie Vorgaben aus der nationalen Gesundheitspolitik fließen direkt in das Konzept mit ein und beeinflussen die Arbeitsmethoden des REHA med Herxheim. Die Innovationsbereitschaft des Unternehmens zeigt sich an der Weiterentwicklung der Therapiemaßnahmen im Rahmen des „REHA Plus Konzeptes“ sowie an dem neu entstehenden „Medical Gesundheitspark“, welche in naher Zukunft 4.500m² neue Therapiefläche schaffen und neue Formen der Therapie möglich machen werden.

Um eine langfristige Kundenbindung zu erreichen, wird allen Rehabilitanden der Rentenversicherungsträger im „Medical Gesundheitspark“ des REHA med Herxheim im Anschluss an ihre Rehabilitationsmaßnahme die Möglichkeit zur weiteren Therapie (IRENA, MERENA und ASP) gegeben. Diese findet in Gruppen- und Einzeltraining statt, damit der während der Rehabilitation entstandene Therapieerfolg gesichert und weiter ausgebaut werden kann.

Auch Patienten aller sonstigen Leistungsträger finden ein auf sie zugeschnittenes Anschlussmodell, welches sie ebenfalls in ihrem Genesungsprozess weiter unterstützen kann. Dies kann durch ein Anschlussstraining oder diverse, durch Krankenkassen subventionierte Präventions- und Gesundheitskurse erfolgen.

Seit Jahren bestehen mehrere Reha-Sport Gruppen im orthopädischen Bereich, die aufgrund der immer weiter ansteigenden Patientenzahl ständig erweitert werden müssen. Zudem wurde vor Kurzem im neurologischen Bereich eine Reha-Sport Gruppe für Patienten mit Morbus-Parkinson entwickelt, welche sehr großen Zuspruch findet.

Das neu entstehende „REHA Plus“ bietet Selbstzahlern sowie Privatpatienten ein noch nie dagewesenes luxuriöses Ambiente mit einem herausragenden Therapieangebot. Hier werden zusätzliche Leistungen wie zum Beispiel Indoor-Golf und ein kleiner Wellnessbereich in das „Rundum-Sorglos-Paket“ mit aufgenommen.

Leitbild für Zukunftssicherung

In den letzten Jahren konnte sich das REHA med Herxheim als wichtiges Versorgungselement des regionalen Gesundheitswesens etablieren. Durch eine stetig wachsende Zahl der Rehabilitanden musste das Angebot fast jährlich erweitert und um viele Bereiche vergrößert werden. Die Zusammenstellung und Erweiterung verschiedener Gruppenkonzepte hatte zur Folge, dass die von Krankenkassen unterstützten Gesundheitsdienstleistungen ausgebaut werden konnten.

Um ein zukunftsfähiges REHA-Zentrum schaffen zu können, wird ein Ausbau des internen Qualitätscontrollings angestrebt. Hierfür wurde bereits ein Qualitätszirkel aufgebaut, der nach der Implementierung des Qualitätsmanagements direkt die Arbeit aufnehmen kann. Somit ist die Qualität der Dienstleistungen auf lange Zeit gesichert. Der interdisziplinäre Qualitätszirkel wird sich an der Methode des Plan-Do-Check-Act-Konzeptes orientieren, da dieser Ansatz zur kontinuierlichen Verbesserung des modernen Qualitätsmanagements dient.²⁸

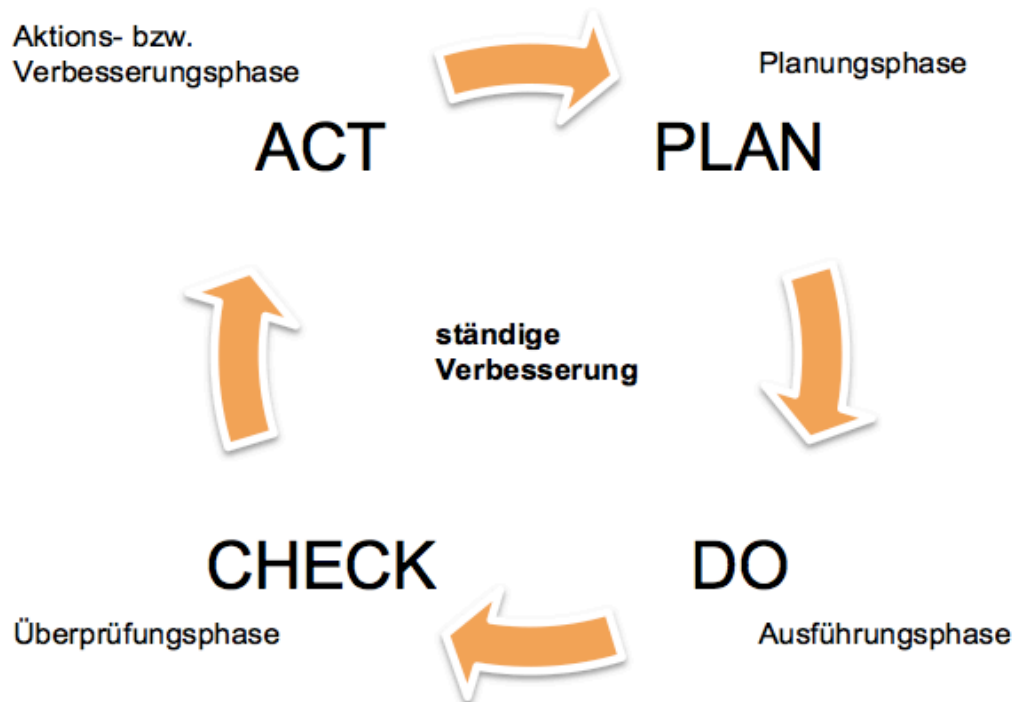


Abbildung 5: PDCA-Zyklus nach Deming
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Kamiske, Brauer, 2012, 93

²⁸ Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, 6

5 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot des REHA med Herxheim

Das REHA med Herxheim verknüpft seinen Leistungsumfang und das Dienstleistungsangebot mit den Konzepten der BAR und zwar zum einen im orthopädischen Bereich auf die „Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen“ vom 8.September 2005 mit den jeweiligen Indikationslisten, zum anderen im neurologischen Bereich auf die „Rahmenempfehlung zur ambulanten neurologischen Rehabilitation“ vom 8.September 2005. Die in diesen BAR Richtlinien genannten Behandlungsindikationen werden komplett vom REHA med Herxheim abgedeckt. Der Vorteil daran ist das harmonische Zusammenspiel der beiden Fachbereiche. Die direkte Zusammenarbeit von orthopädischen und neurologischen Fachärzten bedarf keiner externen Konsultation. Dadurch kann eine ganzheitliche Betrachtung der nachfolgenden Indikationen gewährleistet und die Behandlungsqualität verbessert werden.

5.1 Indikationen

Orthopädische Indikationen

- Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Krankheiten
 - Rheumatische Gelenk- und Wirbelsäulenkrankheiten
 - Kollagenosen
 - Systemische Vaskulitiden
 - Kristallablagerungskrankheiten
 - Infektbedingte rheumatische Krankheiten
 - Knochenstoffwechselkrankheiten
 - Weichteilrheumatische Krankheiten
 - Zustand nach Operation wegen entzündungs- oder stoffwechselbedingter muskuloskeletaler Krankheiten
- Degenerative muskuloskeletale Krankheiten
 - Arthrosen der peripheren Gelenke
 - Bandscheibenbedingte Erkrankungen und andere degenerative Erkrankungen der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule
 - Zustand nach Operation wegen degenerativer muskuloskeletaler Krankheiten
- Angeborene oder erworbene Krankheiten durch Fehlbildung, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane

- Muskelerkrankungen
 - Zustand nach Operation in Bezug auf die Grunderkrankung
- Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane
 - Frakturen im Bereich von Extremitäten, Wirbelsäule und Becken
 - Gelenkluxationen
 - Sehnen- und Bandrupturen
 - Muskelverletzungen
 - Posttraumatische Nervenläsionen
 - Gliedmaßenverluste und andere Verletzungsfolgen
 - Zustand nach Operation verletzter Bewegungsorgane²⁹

Neurologische Indikationen

- Vaskuläre Erkrankungen (z.B. Zustand nach Hirninfarkt- oder –blutung)
- Hirn- oder Rückenmarkverletzungen
- Sonstige Erkrankungen mit toxischen/metabolischen Schädigungen des Gehirns
- Entzündliche Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks und seiner Häute
- Neubildungen an Hirn oder Rückenmark
- Degenerative Hirn- oder Rückenmarkverletzungen (z.B. Parkinsonsyndrom)
- Erkrankungen und Verletzungen des peripheren Nervensystems³⁰

Das REHA med Herxheim verfügt über gesonderte Rehabilitationskonzepte für die Fachbereiche Orthopädie und Neurologie. Der neu einberufene Qualitätszirkel wird sich der Aufgabe annehmen, die Konzeptionen ständig den neusten Erkenntnissen im Bereich der Rehabilitationsforschung sowie den Vorgaben der Gesundheitspolitik anzupassen. Da sich das Konzept der neurologischen Rehabilitation derzeit in der Umgestaltung befindet, ist in der Anlage lediglich das Konzept der orthopädischen Rehabilitation beigelegt.

²⁹ Vgl. BAR muskuloskeletale Erkrankungen, 2005, 36f

³⁰ Vgl. BAR neurologischen Rehabilitation, 2005, 35f

5.2 Leistungsspektrum

Da das REHA med Herxheim einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt, können im Folgenden orthopädische und neurologische Therapien nicht voneinander getrennt werden. Das interdisziplinäre Behandlungsteam deckt ein sehr breites Spektrum an Therapieangeboten ab:

- Ärztliche Behandlung und Betreuung
- Physiotherapie
 - Brunkow-Therapie
 - Cyriax
 - Extensionsbehandlung
 - Gangschule
 - Gerätegestützte Physiotherapie
 - Kiefergelenksbehandlung mit Funktionsanalyse
 - Maitland-Konzept
 - Manuelle Therapie
 - Nervenmobilisation
 - Physiotherapie im Bewegungsbad
 - Physiotherapie nach Bobath
 - Physiotherapie nach Schroth
 - PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation)
 - Sportphysiotherapie einschließlich Tape Verbänden
 - Vojta-Therapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Ergotherapie
 - Belastung- und Arbeitserprobung (EFL)
 - Hilfsmittelanpassung
 - Hirnleistungstraining
 - Motorisch-funktionelle Behandlung
 - Psychisch-funktionelle Behandlung
 - Selbsthilfetraining
 - Sensomotorische-perzeptive Behandlung
- Physikalische Therapie
 - Elektrotherapie
 - Funktionelle Muskelstimulation
 - Fußreflexzonentherapie
 - Haslauer Wanne
 - Lymphdrainage
 - Massage

- Moorpackungen
 - Schmerztherapie
 - Ultraschall
 - Wärme- und Kältetherapie
- Neuropsychologie (Diagnostik und Therapie kognitiver Störungen)
- Psychologische Betreuung und Behandlung
- Entspannungstherapie
 - Pilates
 - Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
 - Snoezelen
 - Taiji
 - Yoga
- Logopädie
 - Schluckstörung
 - Sprachstörung
 - Sprechstörung
 - Stimmstörung
- Ökotrophologische Behandlung
- Sozialberatung
- Atemtherapie
- Beratung und Prävention am Arbeitsplatz
- Patientenschulung und Gesundheitsförderung
- Rehabilitative Rückenschule
- Angehörigenberatung
- Betriebliches Gesundheitsmanagement

Dieser Berufsgruppenzusammenschluss ermöglicht eine Behandlung von chronisch- und akutmedizinischen Erkrankungen. Hierbei steht der Patient mit seinen individuellen Beschwerden im Mittelpunkt und die Therapie wird direkt auf ihn zugeschnitten. Die Aufnahmeuntersuchung durch den behandelnden Arzt liefert einen guten Eindruck der Fähigkeiten des Patienten. Somit wird ein Therapieplan an die Erkrankung, Belastbarkeit und Fertigkeiten mit dem Patienten abgestimmt. Das wesentliche Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, bereits chronifizierte oder neu erworbene bzw. abzuwendende Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und entgegenzuarbeiten. Die Rehabilitationsmaßnahmen sollen dem Rehabilitanden wieder zur Erwerbsfähigkeit

verhelfen und ihn für die Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst ohne Einschränkungen befähigen.³¹

Das Rehabilitationskonzept des REHA med Herxheim wird durch den Qualitätszirkel ständig verifiziert und angepasst. Der neuste Stand der Forschung und Entwicklung fließt bei den regelmäßig stattfindenden Besprechungen direkt mit ein.

Die Therapeuten aller Berufsgruppen haben die Möglichkeit interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu besuchen. Auch bei externen Weiterbildungen werden sie zeitlich und finanziell durch das REHA med Herxheim unterstützt und ihr Arbeitsbereich gegebenenfalls angepasst. Selbst in weiterführenden Studiengängen können Mitarbeiter auf die Mithilfe der Geschäftsleitung, durch zum Beispiel Freistellung, zählen.

Bei Messen und Kongressen werden durch die Rehabilitationseinrichtung für alle Mitarbeiter Freikarten gestellt und Fahrgelegenheiten organisiert. Hierdurch kann der neuste Stand der Forschung und Entwicklung durch die Mitarbeiter aufgenommen und im Rehabilitationsalltag umgesetzt werden.

Zudem steht eine umfassende Fachliteratur für alle therapeutischen Bereiche zur ständigen Recherche zur Verfügung.

³¹ Vgl. BAR muskuloskeletale Erkrankungen, 2005, 19

6 Struktur der Rehabilitationseinrichtung

Im Folgenden sieht das Manual der Deutschen Rentenversicherung Bund allgemeine Informationen sowie die Struktur der Rehabilitationseinrichtung vor. Es soll ein Überblick über die einzelnen Fachabteilungen, die apparative Ausstattung sowie die Lage und Anbindung der Einrichtung an das öffentliche Verkehrsnetz vorgestellt werden.³²

6.1 Allgemeine Unternehmensdarstellung

REHA med Gesundheitspark GmbH

Am Gäxwald 1, 76863 Herxheim

Telefon: 07276-9292-00

Telefax: 07276-9292-20

Homepage: www.reha-herxheim.de

Mail: info@reha-herxheim.de

Geschäftsführender Gesellschafter: Dipl. Ing (FH) Johannes Eisinger

Registergericht Landau HRB: 2740

Ust-IdNr.: DE 183 741 604

Fachärztliche Leitung Orthopädie: Matthias Geisler

Fachärztliche Leitung Neurologie: Dr. med Claudia Umbach

IK-Nr.: 540730150 (Neurologie) und 540730025 (Orthopädie)

Bankverbindung: IBAN: DE60 5485 0010 0035 079714
BIC: SOLADES1SUW

³² Vgl. „QMS REHA“ DRV, 2011, 8

Das REHA med Herxheim ist ein privatwirtschaftliches Unternehmen mit fünf Gesellschaftern, wovon einer als geschäftsführender Gesellschafter eingesetzt ist. Es handelt sich um eine Kapitalgesellschaft, genauer gesagt, um eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Deutsche Knappschaft Bahn-See und die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg belegen das REHA med Herxheim in beiden Fachbereichen mit ihren Versicherten. Die Zulassungszahl im Fachbereich Orthopädie beträgt 80 Plätze und im Fachbereich Neurologie 30 Plätze.

Zudem besteht eine Zulassung für alle gesetzlichen Krankenkassen sowie aller privaten Leistungsträger.

Im REHA med Herxheim können alle Teilbereiche der orthopädischen sowie neurologischen Rehabilitation durchgeführt werden. Anschlussheilbehandlungen, medizinische Rehabilitation, Anschlussgesundheitsmaßnahmen sowie medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationen gehören alle zum Aufgabenbereich der Rehabilitationseinrichtung.

Das REHA Zentrum stellt für die Verbandsgemeinde Herxheim sowie die umliegenden Ortschaften im regionalen Bereich ein zentrales Element im Gesundheitswesen dar. Das ambulante Zentrum hat einen Einzugsbereich von rund 50 Kilometer um Herxheim herum und ist für die neurologische Rehabilitation inzwischen sogar bundeslandübergreifend. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist Herxheim nur bedingt erreichbar, da der Ort lediglich über einen Busbahnhof verfügt, wobei eine Bushaltestelle in etwa 50 Metern Entfernung zum REHA Zentrum liegt. Das REHA med verfügt über circa 50 Parkplätze unmittelbar um das Gebäude sowie circa 150 weitere Parkplätze in naher Umgebung. Herxheim hat eine optimale Verkehrsanbindung mit Autobahnanschluss an die A65 in Richtung Landau bzw. Karlsruhe sowie Bundesstraßenanschluss an die B9 in Richtung Speyer bzw. Würth. Die zehntausend Einwohner Gemeinde liegt sehr zentral in der Südpfalz und ist von mehreren Städten (Landau, Kandel, Speyer) mit Krankenhäusern umgeben. Die beiden Haupteingänge (Neurologie und Orthopädie) sind beide barrierefrei erreichbar und auch im Gebäude selbst stehen zwei Aufzüge zur Verfügung, die jedem Patienten mit Behinderung Unterstützung bieten.

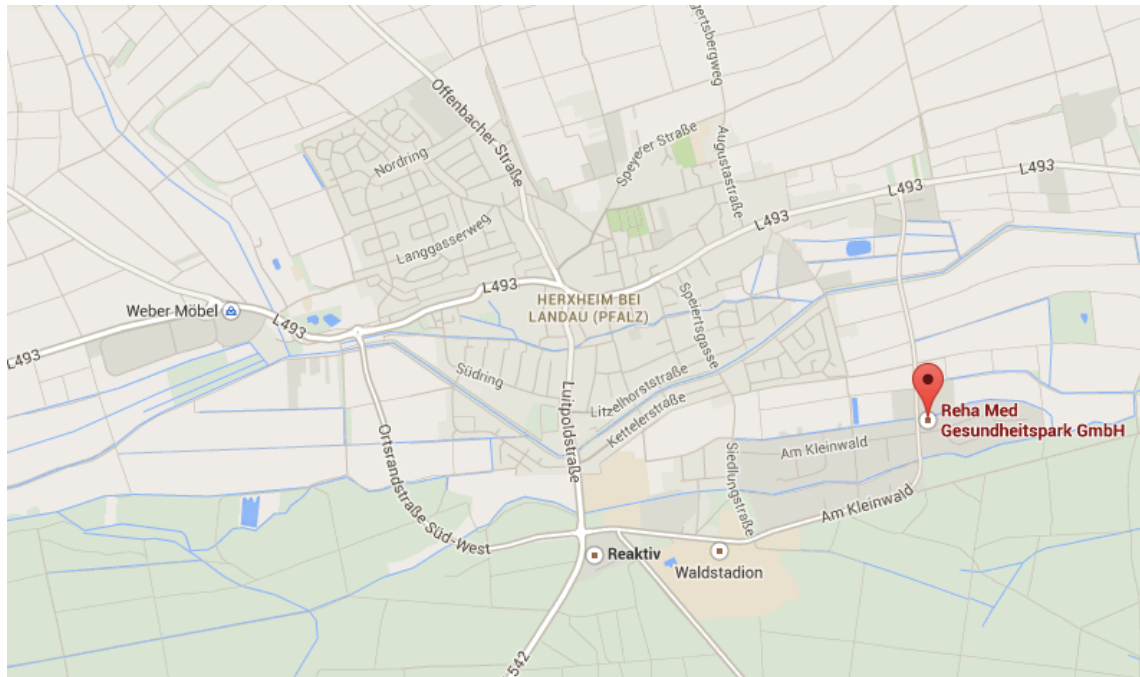


Abbildung 6: Standort des REHA med Herxheim im Ortsplan Herxheim
 Quelle: <https://www.google.de/maps/>

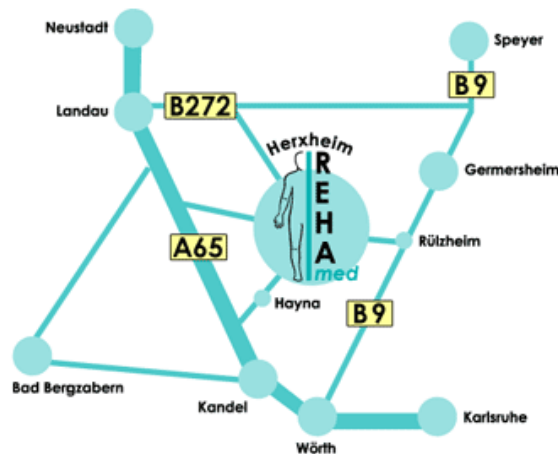


Abbildung 7: Anfahrt zum REHA med Gesundheitspark
 Quelle: <http://www.reha-herxheim.de/images/buttons/Bilder/anfahrt.gif>

Das REHA med Herxheim verfügt zudem über die erste Totes-Meer-Salzgrotte der Region Südliche Weinstraße. Ein Besuch in der Totes-Meer-Salzgrotte wirkt durch reine, ionisierte Luft in Verbindung mit Klang- und Lichteffekten wohltuend. Rund 9.200 naturreine Salzziegel wurden an den Wänden und auf dem Boden verarbeitet. Durch die hohe Löslichkeit des Totes-Meer-Salzes wird die Luft mit mehr negativ geladenen Ionen angereichert. Eine 45-minütige Entspannung in der Grotte entspricht einem 3-tägigen Aufenthalt am Meer.

Außerdem finden täglich Präventionskurse (auch mit Unterstützung der Krankenkassen nach §20 SGB V) statt:

- Stärkung der Herz- und Kreislauffunktion
- Stärkung des Muskel- und Skelettsystems
- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung bzw. Reduktion von Übergewicht
- Vermeidung spezieller Risiken und Vorbeugung stressabhängiger Krankheiten
- Reduktion von Sucht- und Genussmittelmissbrauch

In der neurologischen Rehabilitationsabteilung finden sich zudem spezielle Therapiegeräte, um die Genesung der Patienten noch effektiver unterstützen zu können:

- Computergestützte Armtherapie (CAT)
- Armeo Boom (Arm- und Handfunktionstrainer)
- Lokomotion (elektromechanischer Gangtrainer)
- Space-Curl (Gleichgewichtstrainer)

6.2 Diagnostische Ausstattung

- Elektrokardiogramm (EKG) Ruhe und Belastung
- Blutdruckmessung
- Ergometrie (bei Bedarf mit Atemgasanalyse / Sauerstoffsättigung)
- Biomechanische Funktionsanalyse
- Körperfettanalyse
- Isokinetik
- Dartfish (Ganganalyse)
- Handkraftmessgeräte
- EFL-Raum mit Testgeräten
- Neuropsychologie (PC Plätze mit RehaCom)
- Neurophysiologische Untersuchungen (EMG, ENG, EEG, SEP, VEP, AEP)

Konsiliarische Diagnostik

Röntgen, CT/MRT, Gefäßdiagnostik und Endoskopie

6.3 Organigramm des REHA med Herxheim

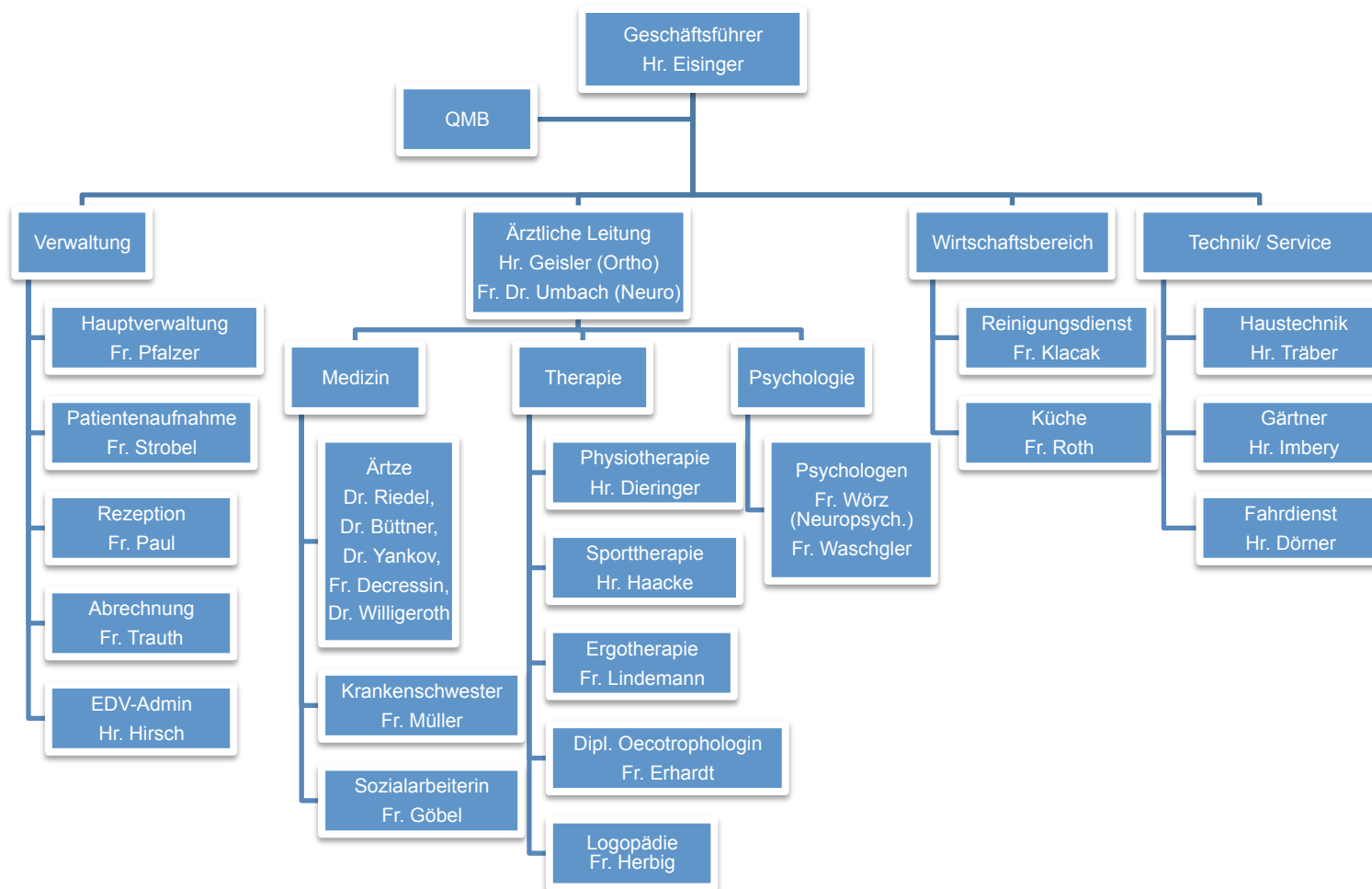


Abbildung 8: Organigramm des REHA med Herxheim

6.4 Beteiligte im Qualitätsmanagement

Durch eine regelmäßige Evaluation und Anwendung des QM soll eine Verbesserung der Qualität der Behandlung aller Rehabilitanden erreicht werden. Dies bedingt die Verteilung der anfallenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten auf verschiedene qualifizierte Mitarbeiter.³³

Diese Form des interdisziplinären Teams ermöglicht das QM aufrechtzuerhalten und gibt Möglichkeiten zur ständigen Weiterentwicklung. Für die Etablierung des QMS-REHA sind folgende Personengruppen von Nöten:

- **Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen**, als Experten für ihren jeweiligen Verantwortungsbereich können sie Prozesse mitgestalten und vorhandene Defizite feststellen und ihnen entgegenwirken
- **Prozessverantwortliche**, denen die Verantwortung zur Erstellung, Evaluierung und Verifizierung der Prozesse unterliegt
- **Auditoren**, die während der Audits den dargestellten Prozessablauf hinterfragen, beobachten und die Ergebnisse zur Weiterentwicklung des QM an die Prozessverantwortlichen weitergeben
- **Qualitätsmanagementbeauftragter**, welcher die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QMS überwacht und lenkt
- **Klinikleitung** trägt die zentrale, nicht delegierbare Verantwortung für die Qualität der Leistungserbringung und gewährleistet den Fortbestand der Weiterentwicklung des QMS
- **Lenkungskreis Qualitätsmanagement**, der Qualitätszirkel zur Unterstützung der Weiterentwicklung des QM mit regelmäßigen Besprechungen und Befugnis zur aktiven Mitarbeit am QMS und dessen Prozessabläufen.³⁴

³³ Vgl. „QMS REHA“ DRV, 2011, 10

³⁴ Vgl. „QMS REHA“ DRV, 2011, 10f

7 Qualitätselemente

In den folgenden Punkten werden die Qualitätselemente des „QMS-REHA“ detailliert beschrieben und auf das REHA med Herxheim ausgerichtet. Die nachkommende Abbildung soll das Grundgerüst der acht Qualitätselemente und deren Zusammenhang untereinander verdeutlichen.

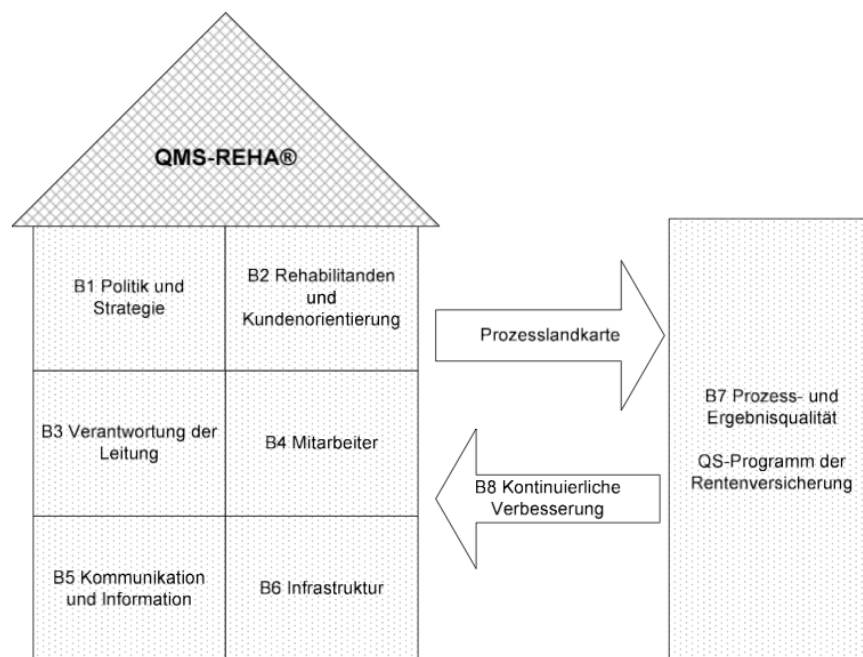


Abbildung 9: Die acht Qualitätselemente des "QMS-REHA"
Quelle: „QMS-REHA“, DRV, 2011, 12

7.1 Politik und Strategie

Die Politik und Strategie einer Rehabilitationseinrichtung ist von enormer Bedeutung in Bezug auf das QMS. Wesentliche Faktoren spielen hierbei die Erwartungen und Bedürfnisse aller Interessengruppen. Durch die enge Einbindung aller Dienstleistungspartner und das darauf abgestimmte QMS sollen genau diese individuellen Faktoren erfüllt werden. In allen Bereichen der Qualitätspolitik und Rehabilitationsprozesse sollen die Visionen des REHA med Herxheim integriert und angewendet werden. Die wichtigste Rolle hierbei ist die Ermittlung der Patientenerwartung sowie –zufriedenheit.

Zudem soll eine kontinuierliche Verbesserung und systematische Weiterentwicklung des QMS zu einer Optimierung des Behandlungserfolges beitragen.³⁵

7.1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen

Im Bereich des Qualitätsmanagements wird ein immer größeres Augenmerk auf die Kundenorientierung gelegt, dadurch wird eine Verbindung zwischen Qualitätsmanagement und Marketing geschaffen. Man unterscheidet zwischen internen und externen Kunden.³⁶

Im REHA med Herxheim werden alle Mitarbeiter als interne Kunden angesehen. Die externen Kunden setzen sich zusammen aus:

- Patienten
- Leistungsträger und Zuweiser
- Kooperationspartner
- Lieferanten
- Berufsbildende Schulen

In Kapitel 7.2 – Rehabilitanden- und Kundenorientierung – werden die oben genannten internen sowie externen Kundengruppen aufgezählt und detailliert erörtert.

7.1.2 Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik des REHA med Herxheim wurde im Rahmen der Implementierung des neuen QMS neu formuliert und wird zukünftig durch die internen Audits auf Angemessenheit und Effektivität verifiziert und falls erforderlich evaluiert. Die Qualitätspolitik wird intern transparent gemacht und soll allen Mitarbeitern als Richtlinien für ihre Arbeitsabläufe dienen. Kundenbedürfnisse sowie –erwartungen werden berücksichtigt und dienen der Rehabilitationseinrichtung als Anhaltspunkte zur stetigen Verbesserung. Am Ende einer jeden Rehabilitationsmaßnahme hat der Patient die Möglichkeit, einen anonymen Fragebogen zur Rehabilitation auszufüllen und somit die Chance, direkten Einfluss auf die Qualitätspolitik des REHA med Herxheim zu nehmen. Der Rehabilitand fühlt sich dadurch mehr in den Prozess mit eingebunden, was im direkten Zusammenhang mit der Kundenzufriedenheit steht und die Kundenbindung stärkt. Auf-

³⁵ Vgl. „QMS-REHA“ DRV, 2011, 14

³⁶ Vgl. Koch, 2011, 36

grund der hochqualifizierten, motivierten und professionellen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kann das REHA med Herxheim seine Qualität und Zuverlässigkeit der Dienstleistungen dauerhaft sicherstellen.³⁷ (Wenn im Folgenden nur noch von Mitarbeitern die Rede ist, sind selbstverständlich die Mitarbeiterinnen ebenfalls gemeint.)

Im Vordergrund aller Arbeitsabläufe steht die Minimierung von Fehlern und die Absicht, den Patienten die bestmögliche Behandlung zugute kommen zu lassen. Hierfür werden besondere Maßnahmen im Rahmen des QMS getroffen, insbesondere im Hinblick auf die Risikoreduzierung für Patienten und die Rehabilitationseinrichtung.

Eine besondere Beachtung finden hierbei folgende Aspekte:

- Risikofreie Behandlung aller Patienten
- Erkennen und Entgegenwirken von Unzufriedenheit und Beanstandungen von Patienten
- Erhalt der Vertrauensbasis

Um diese Leistungen gewährleisten zu können, haben alle Patienten jederzeit die Möglichkeit zu einem direkten Gespräch mit der Geschäftsleitung oder ihrem behandelnden Arzt, um möglichen Beanstandungen frühestmöglich entgegenzuwirken.

Kosten-Nutzen Betrachtung: Hierbei sollen bereits im Vorfeld alle sinnvollen, notwendigen und wirtschaftlich akzeptablen Maßnahmen zur Risikominimierung getroffen werden, um dem Patienten ein optimales Behandlungsergebnis sichern zu können. Es werden Kosten und Nutzen aufeinander abgestimmt, damit die Dienstleistung für beide Parteien zu einem größtmöglichen Erfolg führt.

Eine verbesserte Dienstleistung, vorbildlicher Umgang, Freundlichkeit mit allen Patienten, ein Maximum an Sicherheit und die immer weiter steigende Kundenzufriedenheit sollen den immer weiter steigenden Marktanteil des REHA med Herxheim stabilisieren und weiter ausbauen.

Jeder Mitarbeiter trägt durch seine eigens erbrachte Leistung zur Steigerung der Qualität der Dienstleistungen in der Rehabilitationseinrichtung bei.

Qualitäts- und prozesssicherheitsrelevante Arbeitsschritte werden ständig durch den Qualitätszirkel koordiniert und kontrolliert. Hierbei werden Änderungen der Rahmenbe-

³⁷ Vgl. „QMS-REHA“ DRV, 2011, 16

dingungen berücksichtigt und fließen direkt in die Prozesse mit ein. Somit kann eine fortdauernde Qualitätsverbesserung aller Dienstleistungen erzielt werden und das Engagement der Angestellten durch Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit erhöht werden.

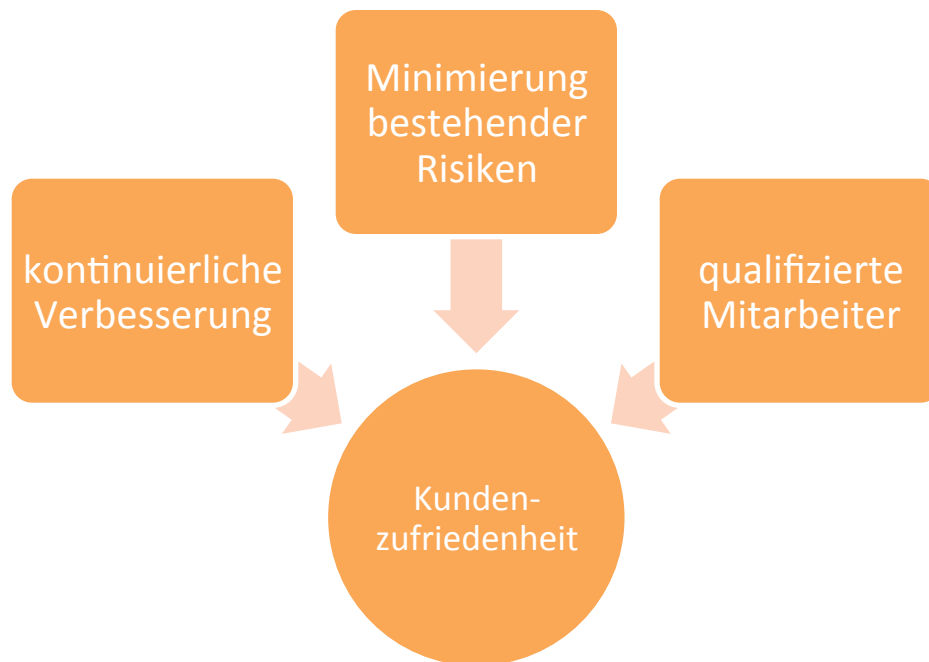


Abbildung 10: Die drei Kernpunkte der Qualitätspolitik

Bei regelmäßig stattfindenden Mitarbeiterversammlungen wird die Qualitätspolitik kommuniziert und diskutiert. Dies eröffnet die Möglichkeit, dass alle Mitarbeiter in die Weiterentwicklung der Qualitätspolitik einbezogen werden. Hiermit wird auch die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert, was im gleichen Maße die Motivation und die Qualität der Arbeitsabläufe erhöht.

Die Geschäftsführung stattet den QMB mit allen erforderlichen Berechtigungen und Vollmachten aus. Dies ermöglicht die Einführung der Qualitätspolitik im gesamten Unternehmen sowie die Überwachung ihrer Einhaltung. In regelmäßig stattfindenden Besprechungen wird die Geschäftsleitung über die Effektivität und gegebenenfalls Veränderung des QMS informiert.

Durch die stetige Weiterentwicklung des Qualitätsbewusstseins und –managements stellt sich das REHA med Herxheim als ein Unternehmen dar, das den ständig wachsenden Patientenanforderungen gerecht wird.

7.1.3 Qualitätsziele

Die Ziele aller Aufgaben und Funktionsbereiche des REHA med Herxheim werden direkt aus der zuvor beschriebenen Qualitätspolitik abgeleitet. Bei der Erstellung der

Ziele muss auf die Erfüllbarkeit geachtet werden. Als Bestandteile der Managementbewertung gelten die Zielsetzung und die Überwachung der Zielerreichung. Bei der Ausarbeitung der Ziele müssen die Bedürfnisse aller Dienstleistungen und damit verbundenen Prozesse mit eingearbeitet werden. Zur Zielerreichung wird eine kontinuierliche Datenermittlung zur Überwachung des Fortschritts und der Einhaltung aller gesetzlichen und behördlichen Vorschriften erhoben. Diese Daten werden im Managementbericht festgehalten und dem Geschäftsführer vorgelegt. Nach gemeinsamer Analyse und Bewertung werden Prozessverbesserungen in die Wege geleitet und direkt an die betroffenen Mitarbeiter kommuniziert.

Unter Einbezug der fachspezifisch leitenden Angestellten werden die Qualitätsziele des REHA med Herxheim durch den QMB und die Geschäftsleitung entwickelt. Um die Erreichbarkeit der Ziele zu gewährleisten, sollte eine Beschränkung der Qualitätsziele auf maximal fünf pro Kalenderjahr festgesetzt werden. Bei der Definition der Qualitätsziele müssen verschiedene Perspektiven in Betracht gezogen werden, um eine fortlaufende Verbesserung zu ermöglichen:

- Finanzperspektive
- Kundenperspektive
- Perspektive der internen Prozesse
- Lern- und Wachstumsperspektive

Finanzperspektive: Hierbei handelt es sich um einen Faktor, bei dem das größte Augenmerk auf dem Kostenbewusstsein des Unternehmens liegen sollte. Es muss auf die Ausgewogenheit zwischen Kosten und Qualität geachtet werden. Diese Perspektive wird auch als Kenngröße für Wachstum verstanden (Umsatz pro Mitarbeiter).

Kundenperspektive: An erster Stelle muss bei jeder Dienstleistung die Kundenzufriedenheit stehen. Da diese aber schwer messbar ist, muss ein langfristiges Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Hierdurch entsteht die Kundentreue und es erhöht die Neukunden-Akquise.

Perspektive der internen Prozesse: Man unterscheidet zwischen Prozessqualität und Prozessdurchlaufzeit. Während es bei der Prozessqualität auf die Qualität der erbrachten Dienstleistung ankommt, bezieht sich die Prozessdurchlaufzeit eher auf die Kapitalerbringung.

Lern- und Wachstumsperspektive: Eine langfristige Bindung von Mitarbeitern und Leistungsträgern soll hiermit erreicht werden. Es soll ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Neuentwicklungen und Altbewährtem gewährleistet sein.³⁸

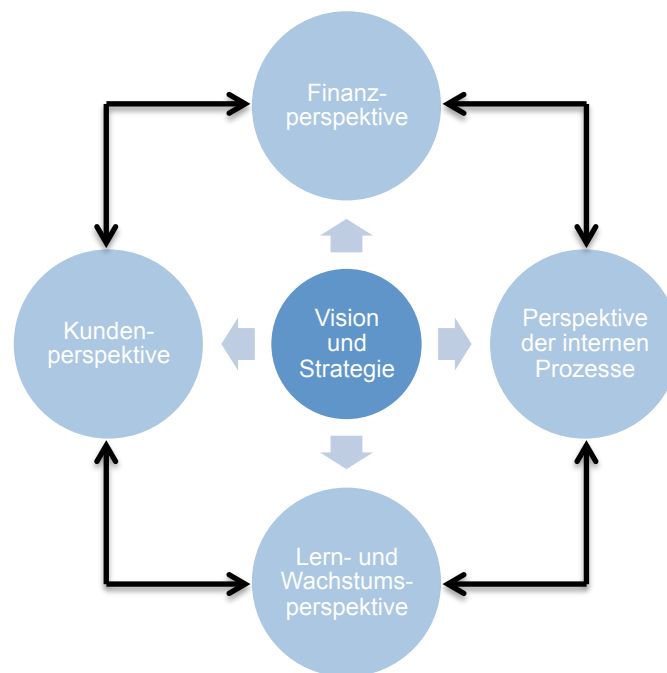


Abbildung 11: *Balanced Scorecard*
 Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Kamiske, Brauer, 2012, 14

Das REHA med Herxheim richtet seine Unternehmensaktivitäten nach den wesentlichen Zielen aus, wie sie für die optimale Nutzung der *Balanced Scorecard* erforderlich sind. In der Kategorie der **Finanzperspektive** wird auf ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis geachtet, wobei es gegenüber der Qualität der Dienstleistung nicht im Vordergrund stehen darf.

Der Faktor **Kundenperspektive** wird als wichtigste Größe angesehen, auch wenn sie am schwierigsten zu verifizieren ist. Die Auswertung hierfür erfolgt über einen anonymen Bewertungsbogen und wird regelmäßig in den Qualitätszirkeln kommuniziert. Hier können jegliche Anmerkungen, Verbesserungswünsche oder Beschwerden aller Patienten direkt evaluiert und umgesetzt werden. Somit kann eine langfristige Kundenbindung erreicht werden.

In internen Audits kann das Fehler- und Risikomanagement angewendet werden und deckt somit verborgene Risiken in der **Prozessqualität** auf. Diese können unmittelbar

³⁸ Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, 82

evaluiert und berichtigt werden. Hierdurch entstehende standardisierte Prozessabläufe können in den folgenden Audits weiter überwacht werden.

Um Mitarbeiter langfristig an das Unternehmen zu binden, finden interne sowie externe Fortbildungsmöglichkeiten statt. Durch dieses hochqualifizierte Personal wird auch eine langfristige Bindung des Leistungsträgers an die Rehabilitationseinrichtung erreicht. Zusätzlich wird ein breitgefächertes Angebot an Zusatzleistungen offeriert, um die Einrichtung für neue Mitarbeiter und Leistungsträger attraktiv zu machen. Auch Öffentlichkeitsarbeit, wie zum Beispiel der Tag der offenen Tür oder verschiedene Messeauftritte sollen die **Wachstumsperspektive** unterstreichen.

Um die selbsterwählten Qualitätsziele überprüfen zu können, finden regelmäßig Managementbewertungen statt. Diese interne Überprüfung bezieht sich auf die Eignung des QMS, die Ansprüche an die Qualitätspolitik und die Erreichung der Qualitätsziele. Zusätzlich sollen dabei neue Qualitätsziele entwickelt und bestehende Qualitätsziele optimiert werden. Sollten hierbei nicht erreichte Ziele auftauchen, müssen diese im Rahmen des Qualitätszirkels oder in Teamprojekten neu erarbeitet werden. Daher ist die Dokumentation dieser Bewertung transparent zu halten. Zur Überprüfung der Wirksamkeit werden diese Maßnahmen zeitnah erneut kontrolliert.

7.2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung

Die Rehabilitanden- und Kundenorientierung steht für das REHA med Herxheim im Mittelpunkt zur Aufrechterhaltung und Steigerung der Qualität. Das Hauptaugenmerk der Rehabilitationseinrichtung liegt auf der Ermittlung der Anforderungen sowie der Zufriedenheit der Kunden. Aufgrund der verschiedenen Kundengruppen müssen differenzierte Anforderungen betrachtet werden.

7.2.1 Rehabilitanden und weitere Interessenpartner

Patienten

- Anschlussheilbehandlung
- Heilverfahren
- Anschlussgesundheitsmaßnahme
- Selbstzahler/ Privatpatienten

Leistungsträger und Zuweiser

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Deutsche Knappschaft Bahn-See
- Weitere Rentenversicherungsträger (Einzelfallentscheidung)
- Alle gesetzlichen Krankenkassen
- Alle privaten Krankenkassen
- Krankenhäuser und Fachärzte
- Hausärzte
- Sozialarbeiter in Akuteinrichtungen (AHB)

Kooperationspartner

- MVZ Südpfalz
- Sanitätshaus Römer
- Radiologie Landau
- MVZ Laborzentrum Ettlingen

Lieferanten

- Bäckerei Kerner
- Metzgerei Weindel
- Cash + Carry Neustadt
- Theis GmbH
- Dallmayr Kaffee
- Getränke Trauth
- Descon Chlor und Wasserpflegeprodukte
- Betsch Fahrzeugtechnik
- Berg – Hygiene und Sauberkeit
- Zimmer MedizinSysteme
- Olympia Apotheke
- office discount Büromaterialien

Berufsbildende Schule

- Physiotherapieschule Neustadt
- Sport- und Gymnastikschule Karlsruhe

Fachhochschule

- SRH Hochschule für Gesundheit Gera, Campus Karlsruhe

Aus den Versorgungs- und Leistungsträgerverträgen lassen sich die Kundengruppen von Leistungsträgern, Kooperationspartnern und Patienten ableiten. Zur gezielten Förderung zukünftiger Mitarbeiter wurde eine enge Zusammenarbeit mit den o.g. Berufsbildenden Schulen eingegangen.

Die Kooperation mit Lieferanten erfolgt nach sorgfältiger Auswahl unter Einbeziehung folgender Kriterien:

- Produktqualität
- Preis-/ Leistungsverhältnis
- Verfügbarkeit
- Verantwortungsbewusstsein/ Gewissenhaftigkeit

Alle Beziehungen mit Kooperationspartnern werden von Angesicht zu Angesicht gepflegt. Es besteht ein ständiger Austausch aller notwendigen Informationen und inzwischen eine über Jahre andauernde Zusammenarbeit mit den meisten Vertragspartnern. Die Aktualität der Kundengruppen wird fortlaufend durch Patienten- und Zuweiserbefragungen sowie durch Bewertung der Lieferanten verifiziert. Um den reibungslosen Tagesablauf des REHA med Herxheim gewährleisten zu können, sind alle Kunden- und Interessengruppen von großer Bedeutung.

7.2.2 Rehabilitanden- und Kundenanforderungen sowie deren Maßnahmen

Um den Rehabilitanden- und Kundenanforderungen gerecht werden zu können, sind durch alle Berufsgruppen des REHA med Herxheim Maßnahmen zu treffen, um ihren Beitrag an der Kundenzufriedenheit zu leisten. Nachfolgend werden diese kurz beschrieben:

Patient

Individuelle Anforderungen:

Die Rehabilitationsmaßnahme muss umfassend und kompetent durchgeführt werden. Eine Optimierung des Behandlungserfolges muss gewährleistet sein.

Erforderliche Berufsgruppen und deren Maßnahmen:

- Fach- und Rehabilitationsärzte
- Patientenverwaltung
- Empfangspersonal
- Gesundheits- und Krankenpfleger
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Sporttherapeuten
- weitere Therapeuten
- Hauswirtschaftliches Personal
- Servicepersonal / Fahrdienst

Die Rehabilitationsmaßnahme muss schnellstmöglich nach der Bewilligung durch den Kostenträger begonnen werden, hierfür ist die Patientenverwaltung verantwortlich. Fach- und Rehabilitationsärzte sorgen für einen individuell an das Krankheitsbild angepassten Therapieplan und stehen auch während der Rehabilitationsmaßnahme jederzeit bei Problemen zur Verfügung. Um den Ablauf des Rehabilitationsprozesses effektiv gestalten zu können, müssen durch das Empfangspersonal kompetente Auskünfte erteilt werden können. Die Gesundheits- und Krankenpfleger gewährleisten eine optimale pflegerische Versorgung und geben bei Bedarf Hilfestellungen. Durch das interdisziplinäre Therapeutenteam wird dem Patienten die bestmögliche Therapie zuteil. Hauswirtschaftliches Personal, Servicepersonal sowie der Fahrdienst runden das Gesamtpaket des REHA med Herxheim ab.

Leistungsträger und Zuweiser

Individuelle Anforderungen:

Die Leistungsträger und Zuweiser versuchen ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis zu schaffen. Dabei muss die Behandlung des Patienten im Vordergrund stehen.

Erforderliche Berufsgruppen und deren Maßnahmen:

- Geschäftsleitung
- Chefarzt
- Patientenverwaltung

Geschäftsführung und Chefarzt stehen in ständigem Kontakt mit den Leistungsträgern und Zuweisern, um den Anforderungen beider Seiten gerecht zu werden und um die optimale Patientenversorgung garantieren zu können. Die Patientenverwaltung fungiert als Schnittstelle zwischen Zuweiser und Leistungsträger, damit eine zuverlässige und termingerechte Bearbeitung sichergestellt ist und einer Überbelegung vorgebeugt wird.

Kooperationspartner

Individuelle Anforderungen:

Die Aufträge des REHA med Herxheim sollen in eindeutiger, am besten in schriftlicher Form, vorliegen. Dem Kooperationspartner muss die Möglichkeit zur termingerechten Auftragserfüllung gegeben werden.

Erforderliche Berufsgruppen und deren Maßnahmen:

- Geschäftsleitung
- Verwaltung
- Fach- und Rehabilitationsärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger

Durch regelmäßige Kommunikation der Geschäftsleitung mit diversen Kooperationspartnern wird eine optimale Terminabstimmung gewährleistet sowie die Vergütung sichergestellt. Der Verwaltungsbereich regelt und organisiert die Terminabstimmung für externe Konsile. Fach- und Rehabilitationsärzte verordnen in Zusammenarbeit mit den Gesundheits- und Krankenpflegern die standardgemäßen medizinischen Untersuchungen.

Lieferanten

Individuelle Anforderungen:

Ein klares Bestellmanagement ist für die Ausführung der richtigen Versorgung von großer Bedeutung. Die Machbarkeit der Bestellung wird vorausgesetzt.

Erforderliche Berufsgruppen und deren Maßnahmen:

- Geschäftsleitung
- Assistent der Geschäftsleitung
- Küchenpersonal
- Gesundheits- und Krankenpfleger

Preisabstimmungen werden direkt durch die Geschäftsleitung mit allen Lieferanten getroffen. Diese werden in regelmäßigen Abständen verifiziert und gegebenenfalls neu verhandelt. Der Assistent der Geschäftsleitung kümmert sich um die Überprüfung der Materialbestände des hauswirtschaftlichen und verwaltungstechnischen Bereichs und deren Nachbestellungen. Für die Auffüllung der Lebensmittelbestände ist die Küchenleitung zuständig. Verbandsmaterial und sonstige pflegerische Artikel sowie Medikamente werden durch die Gesundheits- und Krankenpfleger nach Abstimmung mit den verordnenden Ärzten angefordert.

Berufsbildende Schulen/ Fachhochschule

Individuelle Anforderungen:

Die Praktikanten der Berufsbildenden Schulen bzw. der Fachhochschule sollen optimal in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden und die Möglichkeit zum Erlernen von praktischen Fähigkeiten unter Aufsicht erhalten. Eine kompetente Betreuung muss gewährleistet sein.

Erforderliche Berufsgruppen und deren Maßnahmen:

- Geschäftsleitung
- Verwaltung
- Leitende Therapeuten

Zur Gewinnung zukünftiger hochmotivierter Mitarbeiter führt die Geschäftsleitung mit den Praktikanten der Berufsbildenden Schulen bzw. Fachhochschule bereits während des Praktikums ein Gespräch um eventuelle Übernahmechancen zu besprechen. Die Verwaltung reguliert die optimale Besetzung der Praktikantenstellen, um eine Überbelegung und somit keine bestmögliche Betreuung der Praktikanten zu vermeiden. Alle leitenden Therapeuten sind für die Einweisung, Abläufe und die Aufklärung über Besonderheiten des REHA med Herxheim zuständig. Zudem sind sie täglich für Fragen und Probleme der Praktikanten direkte Ansprechpartner.

Auch das REHA med Herxheim stellt Anforderungen an die diversen Kundengruppen, um einen reibungslosen Ablauf des Rehabilitationsprozesses sicherzustellen.

Alle **Patienten** sollen hochmotiviert und anstrengungsbereit ihre Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Die angebotenen Therapien müssen vom Patienten individuell mitgestaltet werden, um das Therapieziel erreichen zu können.

Von den **Zuweisern** des REHA med Herxheim wird erwartet, dass die von ihnen überwiesenen Patienten den Anforderungen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme entsprechen. Die **Leistungsträger** sollen eine patientenorientierte Kostenübernahme gewährleisten, d.h. falls dem Patienten die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung gegeben ist, sollte eine wohnortnahe Therapie gestattet werden.

Fach- und sachgerechte Erfüllung der angeforderten Untersuchungen und Konsile müssen durch die diversen **Kooperationspartner** gewissenhaft erledigt werden.

Auf sehr gute Qualität, Einhaltung der Lieferfristen und preisliche Absprachen wird bei allen **Lieferanten** Wert gelegt.

Die **Berufsbildenden Schulen sowie die Fachhochschule** müssen auf die Kompetenz und das Verantwortungsbewusstsein ihrer Auszubildenden achten, um diesen die Möglichkeit zur optimalen Nutzung ihrer Praktikumsstellen zu geben und somit die Vorbereitung auf das spätere Berufsleben zu ermöglichen. Zudem müssen die Prakti-

kanten frühzeitig angemeldet werden, damit die Verwaltung die Einsatzplanung erstellen kann.

7.2.3 Rehabilitanden- und Kundenzufriedenheit

Die **Patientenzufriedenheit** wird über mehrere Parameter ermittelt. Bereits während der Rehabilitationsmaßnahme finden wöchentlich ärztliche Untersuchungen statt, bei welchen Probleme und Unzufriedenheit direkt angesprochen und behoben werden können. Alle Rehabilitanden haben in ihrer letzten Woche ein therapeutisches sowie ein ärztliches Abschlussgespräch. Am Ende jeder Rehabilitationsmaßnahme hat der Patient die Möglichkeit, einen anonymen Patientenfragebogen auszufüllen und hierbei auch die Chance, in die direkte Kommunikation mit der Geschäftsleitung zu gehen. Die Auswertung der Patientenfragebögen geschieht durch einen internen Qualitätszirkel, welcher häufig auftretende Abweichungen direkt angeht und behebt.

Da die Geschäftsleitung in ständigem Kontakt mit **Leistungsträgern und Zuweisern** steht, sind situative Rückmeldungen direkt möglich. Aufgrund der Zuweisungszahlen lassen sich Unzufriedenheit bei Zuweisern sofort erfassen und schnellstmöglich ausbessern. Allen Patienten steht eine Rückmeldung an ihre jeweiligen Leistungsträger zur Verfügung und die Ergebnisse werden durch die Leistungsträger in regelmäßigen Abständen an die Geschäftsleitung kommuniziert. Bei Abweichungen der Zufriedenheit kann gemeinsam an der Lösung zur Umsetzung einer zufriedenstellenden Patientenbehandlung gearbeitet werden.

Nach Rücksprache mit den Mitarbeitern, welche mit den jeweiligen **Kooperationspartnern** zusammenarbeiten, wird eine Bewertung aller Beteiligten erstellt. Durch regelmäßige Gespräche der Geschäftsleitung des REHA med Herxheim und den Verantwortlichen der verschiedenen Kooperationspartner wird die Beurteilung besprochen und es werden gegebenenfalls Vertragskorrekturen eingeleitet.

Bei Abweichungen der Qualität oder des vereinbarten Termins der **Lieferanten** erfolgt eine Rückmeldung an die Geschäftsleitung, welche der Problematik direkt auf den Grund geht und entsprechend handelt. Zudem muss die preisliche Vereinbarung mit der bestmöglichen Qualität konform gehen.

Es finden wöchentlich gegenseitige Bewertungen von Personal und Praktikanten von **Berufsbildenden Schulen und Fachhochschule** anhand von Feedbackbögen statt. Diese werden offen und ohne direkte Kritik besprochen und es werden von beiden Seiten Verbesserungsvorschläge gemacht und angenommen. Außerdem wird die Endbewertung sowohl von den Praktikanten als auch von den Betreuern erhoben und die Diskrepanz wird direkt besprochen.

7.3 Verantwortung der Leitung

Im REHA med Herxheim ist die Leitungsverantwortung klar definiert. Die endgültige Entscheidungsgewalt liegt bei der Geschäftsleitung, jedoch werden alle Anregungen der Mitwirkenden am Qualitätsmanagement berücksichtigt und eingearbeitet. Im Folgenden wird die Aufgabenverteilung dargestellt und beschrieben.

7.3.1 Leitung

„Führung ist die zielgerichtete Gestaltung, Steuerung und Überwachung einer Unternehmung/Organisation als sozio-technisches System im Hinblick auf sachbezogene und personenorientierte (individuelle und kollektive) Dimensionen, wobei zugleich die Wechselbeziehungen zu den Umfeldbedingungen und der jeweiligen Situation zu beachten sind.“³⁹

Das REHA med Herxheim wird durch den geschäftsführenden Gesellschafter Herrn Johannes Eisinger geleitet. Dieser bezieht in allen Entscheidungsprozessen die jeweiligen Fachbereichsleiter oder verantwortlichen Mitarbeiter in die Entscheidungsfindung mit ein (siehe 6.3 Organigramm des REHA med Herxheim). Da der Geschäftsführer direkt die Verantwortung zur Sicherstellung der Qualität trägt, hat dieser sich als Qualitätsmanagementbeauftragter weitergebildet. Nach Einführung des Qualitätsmanagements soll die weitere Ausbildung sowie Ernennung eines QMB (Autor dieser Arbeit) erfolgen.

Nach Aufnahme dieser Tätigkeit wird der QMB mit allen Rechten und Befugnissen ausgestattet, um diese Aufgabe zuverlässig und verantwortungsbewusst ausführen zu können. Des Weiteren wird auf die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung großen Wert gelegt.

Es wurde ein Qualitätszirkel unter Einbeziehung aller Fachbereiche zur besseren Implementierung des Qualitätsmanagements entwickelt. Bei der Ausarbeitung des Qualitätsmanagements kann somit auf die Durchführbarkeit im direkten Arbeitsalltag aller Berufsgruppen eingegangen werden. Die Einbeziehung der leitenden Therapeuten sowie der leitenden Verwaltungsangestellten erleichtert die Verifizierbarkeit und gegebenenfalls die Überarbeitung vorhandener Prozessabläufe. Damit das Qualitätsmanagement in angemessener Form erarbeitet und durchgeführt werden kann, wurden durch die Geschäftsleitung finanzielle und personelle Ressourcen sichergestellt. Um allen Mitarbeitern das Qualitätsmanagement transparenter darstellen zu können, wer-

³⁹ Vgl. Birker, 1997, 15

den zukünftig jährliche QM-Konferenzen stattfinden. Hierbei soll die Motivation und Bereitschaft zur Steigerung der Qualität und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements im Mittelpunkt stehen.

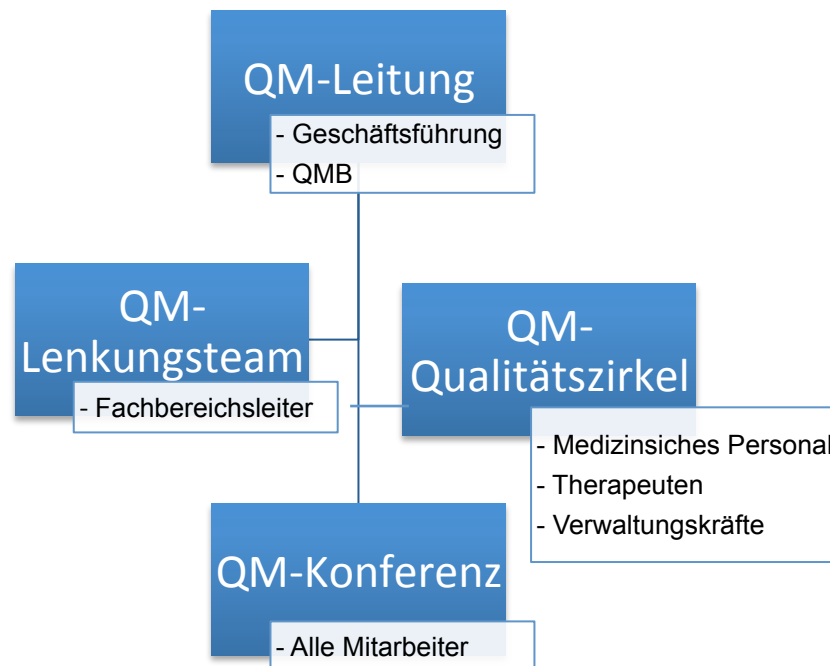


Abbildung 12: QM-Instanzen des REHA med Herxheim

7.3.2 Wahrnehmung der Verantwortung

Die Festlegung der einzelnen Zuständigkeiten und Befugnisse sowie die Regelungen der Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen werden durch die Geschäftsführung geregelt. Zudem sorgt diese für die ausreichende Bereitstellung an qualifiziertem Personal, Materialien und zeitlichen Ressourcen zur qualitativen Ausführung aller Tätigkeiten im Unternehmen. Um die Kundenanforderungen verwirklichen zu können, erfüllt die Geschäftsleitung folgende Aufgaben:

- Einhaltung gesetzlicher sowie behördlicher Anforderungen
- Darstellung der Wichtigkeit der Kundenanforderungen
- Festlegung von Qualitätszielen
- Aufsicht der Einhaltung der Qualitätspolitik und des Leitbildes
- Mitwirkung beim Aufbau eines QMS
- Leitung der Managementbewertung
- Gewährleistung aller erforderlichen Ressourcen

Durch den QMB werden die jährlich stattfindenden internen QM-Audits erstellt und durchgeführt. Nach der Erstellung eines QM-Managementberichtes werden alle ermittelten Daten direkt an die Geschäftsführung weitergereicht, gegebenenfalls über die Anpassung aufgetretener Probleme diskutiert und nach Lösungsansätzen gesucht. Weitere Aufgaben des QMB sind wie folgt:

- Implementierung und Weiterentwicklung des QMS
- Feedback zu Leistungen und Optimierungspotenzial
- Motivation aller Mitarbeiter zur Wahrnehmung der Kundenanforderung
- Leitung der Qualitätszirkel
- Regelmäßige Fort- und Weiterbildung
- Einhaltung der Transparenz des QMS zum besseren Verständnis für die Mitarbeiter

Im REHA med Herxheim findet eine Aufteilung der QM-Prozesse zwischen ärztlichen und verwaltungstechnischen Tätigkeiten statt.

Ärztliche Aufgaben:

Eine der wichtigsten Tätigkeiten ist die Begutachtung sozialmedizinischer und arbeitsmedizinischer Kompetenzen der Rehabilitanden. Zudem ist die kontinuierliche Dokumentation während der Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung von großer Bedeutung, damit eine nahtlose Informationsweitergabe an Therapeuten oder auch an nachbehandelnde Ärzte erfolgen kann. Hierbei ist auf die Vorgaben der Berichterstellung durch die Kostenträger zu achten. Regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen ermöglichen den reibungslosen Ablauf der Rehabilitationsmaßnahmen. Die Notwendigkeit externer konsiliarischer Untersuchungen wird erkannt und direkt eingeleitet. Es muss in internen Fort- und Weiterbildungen Wissen an alle Mitarbeiter vermittelt werden sowie eine ständige Kontaktpflege zu allen Zuweisern und den nachbehandelnden Ärzten gegeben sein. Auch die Öffentlichkeitsarbeit sowie Kommunikation mit Sozial- und Rentenversicherungsträgern gehören zu ihrem Aufgabengebiet.

Verwaltungstechnische Tätigkeiten:

Im Verwaltungsbereich werden die Tätigkeiten hauptsächlich durch den QMB ausgeführt. Hierbei ist die Aufrechterhaltung, Verifizierung und Weiterentwicklung des QMS die größte Aufgabe. In Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachbereichsleitern werden alle notwendigen Instrumente und Dokumente entwickelt. Zudem gehört die ständige Kommunikation mit der Geschäftsführung zum Arbeitsalltag. Bei diesen Besprechungen werden neue Projekte ins Leben gerufen und Änderungen bestehender Prozesse initiiert. Die lückenlose Dokumentation und Einhaltung des Datenschutzes aller Fach-

bereiche wird in regelmäßigen Abständen überprüft. Außerdem wird die korrekte Aufbewahrung und Archivierung aller Patientendaten kontrolliert.

Führungsgrundsätze

Zur Sicherung des wirtschaftlichen Erfolges eines Unternehmens und der Arbeitsplätze aller Mitarbeiter ist eine wirkungs- und vertrauensvolle Zusammenarbeit erforderlich. Hierbei muss die Geschäftsführung alle Mitarbeiter nach den gleichen Grundsätzen behandeln und diese müssen sich an die Vorgaben der Führungsetage halten. Hierfür ist die wichtigste Grundlage die kooperative Führung der Geschäftsleitung zur Schaffung selbstständiger Angestellter. Das heißt, die Mitarbeiter werden entsprechend ihrer Zuständigkeit in der Zielentwicklung sowie der Planung der erforderlichen Maßnahmen mit einbezogen und entwickeln hierbei ein größeres Zugehörigkeitsgefühl zum Unternehmen. Dadurch wird eine engagierte und motivierte Mitarbeit erzeugt.

Folgende Grundsätze sind für diesen Führungsstil ausschlaggebend:

- Respektvoller Umgang mit allen Mitarbeitern sowie die Anerkennung beruflicher Leistungen
- Tolerantes Verhalten zwischen Geschäftsführung, Vorgesetzten und Mitarbeitern
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für motivierte Mitarbeiter

Diese Grundsätze werden auch durch das Leitbild (siehe Kapitel 4) im Unternehmen kommuniziert und im täglichen Arbeitsablauf direkt gelebt.

Anforderungen an die Dokumentation

Die Gesamtverantwortung, Ausgestaltung und Umsetzung des Qualitätsmanagementkonzeptes liegt bei der Geschäftsführung, wobei die schriftliche Ausarbeitung des QMS dem QMB übertragen wird. Dieser greift auf die Unterstützung der jeweiligen Fachbereiche bei der Ausarbeitung neuer Dokumente zurück. Der QMB sowie die Geschäftsleitung sind für die Aktualität und gesetzliche Anpassung des QMS zuständig.

Lenkung der Dokumente und Aufzeichnungen

Das vorrangige Ziel der Dokumentenlenkung besteht darin, alle für die Behandlung eines Patienten erforderlichen Dokumente zur rechten Zeit am rechten Ort bereitzustellen. Alle Dokumente werden vor der Freigabe geprüft und nach Abschluss der Behandlung archiviert und im gesetzlich geregelten Rahmen vernichtet.

Ein besonderer Dokumententyp stellen Aufzeichnungen dar. Sie dienen als Nachweis für die Umsetzung und Effektivität des QMS. Alle Aufzeichnungen sind durch die Ver-

antwortlichen mit ihrer Unterschrift auf ihre Richtigkeit zu bestätigen. Für das Archivieren aller Aufzeichnungen gelten nicht nur die gesetzlichen, sondern auch die rehabilitationsinternen Regelungen.

Alle Dokumente und Aufzeichnungen werden nicht nur elektronisch gesichert, sie werden auch in Papierform archiviert, um eine direkte Verfügbarkeit sicherstellen zu können. Die Einhaltung des Datenschutzes ist bei allen Vorgängen gewährleistet.

7.3.3 Führungsinstrumente

Um die Qualitätsziele des REHA med Herxheim erreichen zu können, werden die folgenden Führungsinstrumente zur richtungsweisenden Steuerung des Mitarbeiterverhaltens eingesetzt. In der nachfolgenden Abbildung werden die Verfahren zur Erläuterung grafisch dargestellt und anschließend definiert.



Abbildung 13: Führungsinstrumente des REHA med Herxheim
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: „QMS-REHA“, DRV, 2011, 23

Die regelmäßige Überprüfung der Führungsinstrumente zur Erreichung der Qualitätsziele ist durch die jährlichen QM-Audits gewährleistet. Da die Geschäftsführung ein großes Interesse an der Erreichung der Qualitätsziele hat, werden ausreichende Ressourcen zur Verfügung gestellt, um die Zielvorgaben sicherzustellen.

Da das Leitbild transparent im Unternehmen kommuniziert wird, können sich alle Mitarbeiter daran orientieren und ihren Arbeitsalltag danach gestalten.

Gespräche zum Mitarbeiterverhalten können zweiseitig angegangen werden. Zum einen kann die Motivation der Mitarbeiter gesteigert werden, indem die Geschäftsführung auf Bedürfnisse eingeht und somit optimale Arbeitsbedingungen und eine angenehme Arbeitsatmosphäre schaffen kann. Hierfür können durch diverse **Zielvereinbarungen**, wie zum Beispiel Gehaltserhöhungen, Urlaubsregelungen, Fort- und Weiterbildung, Motivationsanreize geschaffen werden. Allerdings können die Gespräche zum Mitarbeiterverhalten auch Fehlverhalten eines Mitarbeiters betreffen, wie zum Beispiel regelmäßige Ausfallzeiten des Arbeitsnehmers oder sonstige Regelverstöße. Dabei soll es nicht nur um das Aufzeigen von Fehlverhalten gehen, sondern es sollen gemeinsame Lösungsansätze entwickelt werden.

Arbeitsanweisungen der Geschäftsführung sind verbindlich von allen Mitarbeitern einzuhalten. Der Verstoß von Arbeitsanweisungen kann schwere Folgen nach sich ziehen, welche je nach Schwere des Verstoßes von mündlicher Ermahnung über schriftliche Abmahnung bis hin zur Kündigung führen können.

Im REHA med Herxheim finden regelmäßige **Besprechungen** mit Anwesenheitspflicht aller Mitarbeiter statt, wobei klare Zielvorgaben der jeweiligen Themen (Tagesordnungspunkte) bestehen. Die Besprechungen werden stets protokolliert und sind somit für spätere Rückfragen jederzeit zugänglich.

Durch das **Mitarbeiterfeedback** können Schwachstellen im Unternehmen direkt aufgezeigt und behoben werden. Dies setzt eine Offenheit für zukunftsorientierte Veränderungsprozesse voraus, um eine langfristige Steigerung in Effizienz und Leistung des Unternehmens zu gewährleisten.

Aufgezeigte Mängel können durch **internes Projektmanagement**, welches durch die Geschäftsleitung beschlossen wurde, behoben werden. Diese Projekte werden durch den Qualitätszirkel und gegebenenfalls sogar durch das QM-Lenkungsteam erarbeitet und Lösungsstrategien entwickelt.

8 Ausblick

Da die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems einen großen Zeitrahmen beansprucht, reicht der Umfang dieser Arbeit leider nicht aus, um alle Prozessabläufe und Projekte aufzuführen.

Die Ausgestaltung der Prozessformulare aller im REHA med Herxheim zu behandelnden Erkrankungen werden in einem Projektmanagement unter Einbeziehung der ärztlichen Leitung beider Fachrichtungen, des medizinischen und therapeutischen Personals sowie der Verwaltungskräfte erstellt. Hierbei soll darauf geachtet werden, dass genügend Platz für individuelle Fähigkeiten der Rehabilitanden bleibt. Die Standardisierung der Behandlungen soll zur Sicherung der Qualität beitragen.

Ein Projektteam, bestehend aus Geschäftsleitung und dessen Stellvertretung, definieren zur Zeit Stellen und Aufgabenbeschreibungen, um die Personalbedarfsdeckung und Personalentwicklung zu erkennen und eine Abweichung zwischen Soll- und Ist-Stellen aufzudecken und zu beheben. Durch die jeweiligen Fachbereichsleiter werden Standards zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter entwickelt sowie für alle qualitätsrelevanten Tätigkeiten Vertretungsregelungen gestaltet.

Es werden interne sowie externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Therapeutengruppen angeboten und das betriebsinterne Gesundheitsförderungsprogramm für Mitarbeiter wird zur Motivation aller Angestellten ausgeweitet. Dafür wird der Autor dieser Arbeit einen Teilbereich der Personalplanung und –entwicklung übernehmen. Der Qualitätszirkel für die Ausarbeitung der Mitarbeiterfragebögen setzt sich aus Arbeitgeber und Arbeitnehmern zusammen und entwickelt derzeit einen Feedbackbogen, also ein motivationsförderndes Instrument, um den persönlichen Einsatz und das Betriebsklima zu steigern. Auf diesen Erhebungsbogen gestützt, werden auch zukünftig die regelmäßigen Mitarbeitergespräche stattfinden, damit auf direkte Probleme eines jeden Mitarbeiters eingegangen werden kann.

Interdisziplinäre Besprechungen werden vermehrt durchgeführt, damit bereichsübergreifende Probleme direkt gelöst werden können.

Im Bereich der Kommunikation und Information wird ein weiterer Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit (Homepage, Facebook) angestrebt. Hierdurch soll die interne und externe Kommunikation verbessert und neue Kunden sowie Kooperationspartner akquiriert werden.

Ein Projektteam zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen soll ins Leben gerufen werden und regelmäßige Überprüfungen durchführen.

Durch medizinisches Fachpersonal (Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger) sowie durch externe Weiterbildungen qualifiziertes Personal wird das „Regenbogenteam“ gestellt, welches bei medizinischen Notfällen durch die Rufanlage zur Hilfe gerufen werden kann. Hierfür wird ein jährlicher Fort- und Weiterbildungsplan erstellt.

Es werden in den Bereichen Ausstattung (Gebäude, Fuhrpark, Außenanlage usw.), Arbeits- und Hilfsmittel (EDV, medizinische Geräte, technische Geräte usw.) sowie Sicherheit (Notfallmanagement, Umweltschutz, Arbeitsschutz usw.)⁴⁰ Verantwortliche ausgewählt, die in Zusammenarbeit mit dem Autor dieser Arbeit einen Plan zur Überprüfung aller notwendigen Schritte erstellen.

Der Qualitätszirkel, welcher die internen Audits durchführt, hat bereits begonnen einen Fragekatalog zu erstellen und ist demnächst bereit mit der Auditierung zu beginnen. Ausgewählte Vertreter dieses Qualitätszirkels sollen demnächst eine Schulung in Qualitätssicherungsverfahren besuchen.

Durch den Autor dieser Arbeit findet gerade eine Überarbeitung der bisherigen Feedbackbögen statt, welche zukünftig direkt auf den jeweiligen Nutzer abgestimmt sein werden. So haben nicht wie bisher alle Lieferanten, Kooperationspartner und Zuweiser die gleichen Bögen, sondern es liegt für alle ein individueller Beurteilungsbogen, welcher ihre Interessen berücksichtigt, vor. Die Bewertungen des REHA med Herxheim durch die Rehabilitanden werden zukünftig als quantitative Befragung mit einem standardisierten Fragebogen stattfinden. Hierbei wurde am Anfang zur Schaffung eines Vertrauensklimas und zur Bereitschaft, den Fragebogen auszufüllen, eine Eisbrecherfrage („Welche Therapie hat Ihrer Meinung nach am meisten zu Ihrem Gesundungsprozess beigetragen?“) eingearbeitet.⁴¹ Bei der weiteren Bearbeitung wird auf die Behebung aufgezeigter Probleme hingearbeitet.

Das REHA med Herxheim strebt künftig eine externe Zertifizierung durch eine anerkannte Einrichtung an, um ihre Qualitätsstandards weiter zu verbessern und eine höhere Transparenz des Unternehmens zu schaffen.

Abschließend ist zu erwähnen, dass die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems erst abgeschlossen ist, wenn diese sich bewährt hat. Das heißt, dieses System hat sich nach mehreren Verifizierungen als zuverlässig erwiesen und wird im täglichen Rehabilitationsprozess gelebt.

⁴⁰ Vgl. „QMS-REHA“, 2011, 34

⁴¹ Vgl. Mayer, 2009, 95

Literaturverzeichnis

BENES Georg M. E., GROH Peter E.: Grundlagen des Qualitätsmanagements. 2. Auflage. München 2012.

BIRKER Klaus: Führungsstile und Entscheidungsmethoden. Berlin 1997.

BRUHN Manfred: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Handbuch für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. Grundlagen – Konzepte – Methoden. 9. Auflage. Berlin Heidelberg 2013.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen. Frankfurt am Main 2005.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation. Frankfurt am Main 2005.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3. Auflage. Köln 2005.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Publikation: Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Berlin 2001.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Publikation: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin 2009.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Manual zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems QMS-REHA für Rehabilitationseinrichtungen. Berlin 2011.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Publikation: Medizinische Rehabilitation: Wie sie ihnen hilft. 8. Auflage. 2/2013 Nr. 301.

ERTL-WAGNER Birgit, STEINBRUCKER Sabine, WAGNER, Bernd C.: Qualitätsmanagement und Zertifizierung. 2. Auflage. Berlin Heidelberg 2013.

KAMISKE Gerd F., BRAUER Jörg-Peter: ABC des Qualitätsmanagements. 4. Auflage. München 2012.

KOCH, Prof. Dr. Susanne: Einführung in das Management von Geschäftsprozessen. Berlin Heidelberg 2011.

MAYER Prof. Dr. Horst Otto: Interview und schriftliche Befragung. München 2009.

SCHÖNLE Christoph: Rehabilitation. Stuttgart 2004.

Sozialgesetzbuch (SGB). Bücher I – XII. 41. neu bearbeitete Auflage. Stand 6. März 2012.

www.google.de/maps (Abbildung 6) Stand: Juni 2014

www.reha-herxheim.de/images/buttons/Bilder/anfahrt.gif (Abbildung 7) Stand Juni 2014

ZOLLONDZ Hans-Dieter: Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte. 3. Auflage. München 2011.

Anlagen



Medizinisches Konzept ambulante orthopädische Rehabilitation

Autor: Dr. med. habil. Hartmut Riedel

Inhalte abgestimmt mit:

ChA Orthopädie:

Herrn Matthias Geisler

Geschäftsführer Reha med GmbH:

Herrn Johannes Eisinger

10. Literaturverzeichnis	65 - 68
11. Anlageverzeichnis	69 - 83
11.1. Therapieverfahren in den verschiedenen Bereichen	
11.2. Mustertherapiepläne (3)	
11.3. Hygieneplan	

1. Einleitung

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Ihr Ziel ist die Besserung oder Erhaltung der gesundheitlichen Integrität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. „Rehabilitation vor Rente“ und „Rehabilitation vor Pflege“ sind die Maximen der beiden großen Leistungsträger: gesetzliche Rentenversicherung und gesetzliche Krankenversicherung.

Der zunehmende Fachkräftemangel wird die volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation in Zukunft weiter erhöhen. Bereits heute erhält die Volkswirtschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro 5 € zurück. Diese volkswirtschaftliche Rendite steigt in den nächsten Jahren noch deutlich an. Unter der Annahme eines weiteren Bedeutungszuwachses kann der volkswirtschaftliche Netto-Nutzen von ca. 5,8 Mrd. € im Jahr 2005 auf ca. 23 Mrd. € im Jahr 2025 steigen.

Durch die medizinische Rehabilitation bleiben der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten, welche ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben (frühzeitig) ausscheiden würden (Prognos – Studie, Basel 2008)

Im Jahr 2008 bildeten die mittleren und höheren Altersgruppen den größten Anteil an qualifizierten Arbeitskräften. Heute verlassen jährlich mehr als 8% eines Altersjahrganges das Bildungssystem ohne Schulabschluss. Ändert sich das im Rahmen einer Bildungsreform nicht, und verbessern sich die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und -fähigkeiten während der Erwerbsphase nicht erheblich, ist für die kommenden Jahre mit einem verschärften Mangel an hochqualifizierten und Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt zu rechnen.

Bei Fortschreiten der aktuellen Entwicklungen und unter Annahme eines mittleren Bevölkerungswachstums ergibt sich bis zum Jahr 2025 auf allen Qualifikationsstufen ein deutlicher Arbeitskräftemangel. Dieser liegt zwischen 0,3 Mio. bei gering qualifizierten und 2,2 Mio. bei hoch qualifizierten Erwerbstätigen.

Eine bisher deutlich vernachlässigte Zielgruppe der medizinischen Rehabilitation stellt die Kohorte der 55- bis 65-jährigen dar, wobei sich angesichts des demografischen Wandels der Anteil dieser Gruppe von 5,7 Mio. (2005) auf 8,0 Mio. Erwerbstätige im Jahre 2025 ansteigen wird. Der Anteil der über 55-jährigen Erwerbstätigen erhöht sich damit von 14,7% auf 23,1% aller Erwerbstätigen. Gehen diese vorzeitig, krankheitsbedingt in Rente, wird sich der prognostizierte Arbeitskräftemangel noch erheblich verstärken.

Umso wichtiger erscheint es, dieser Gruppe eine gute, perspektivisch angelegte Gesundheitsversorgung zu garantieren, um deren Erwerbsfähigkeit möglichst lange aufrechtzuerhalten. Nicht zuletzt wird durch die Vermeidung eines frühzeitigen Renteneintritts die gesetzliche Rentenversicherung weniger belastet.

Vor diesem Hintergrund gewinnt der Leitgedanke „Reha vor Rente“ an Bedeutung, insbesondere, wenn es neben den Ausgaben des Reha-Trägers, auch um den gesamtwirtschaftlichen Nutzen geht.

Legt man diese prognostischen Angaben zu Grunde ergeben sich, sowohl für die Kostenträger hinsichtlich des Antrags- und Bewilligungsverfahren und der Flexibilisierung der Rehabilitation, als auch für die einzelne Rehaeinrichtung

hinsichtlich Qualität und Durchführung der medizinischen Rehabilitation, neue und anspruchsvolle Aufgaben.

Eine stärkere Einbindung des beruflichen und sozialen Umfeldes in den Rehabilitationsprozess, aber natürlich auch Kostengründe, werden sicherlich zukünftig eine noch stärker Hinwendung zur wohnortnahen medizinischen Rehabilitation zur Folge haben. Dadurch wird die wohnortnahe ambulante Rehabilitation weiter an Bedeutung gewinnen.

Ambulante Rehabilitation

Mit der Verabschiedung des WFG (Wachstums- und Beschäftigungsgesetz) wurden bereits 1996 wesentliche Voraussetzungen geschaffen, um den Aufbau ambulanter Rehabilitationsstrukturen für die Rentenversicherung einzuleiten. Während der Anteil ambulanter Leistungen im Jahr 2007 bei 15 % (Bundesdurchschnitt) aller orthopädischen Reha-Leistungen lag, wurde in Rheinland-Pfalz mit 26 % ambulant erbrachten Leistungen ein deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegender Anteil erbracht.

Hinsichtlich Bedingungen, personellen und räumlichen Anforderungen sowie Qualitätsstandards orientiert sich die ambulante Rehabilitation bisher an der stationären Rehabilitation, wobei der Therapieansatz bezüglich Intensität und Komplexität des Behandlungsangebots keinen grundsätzlichen Unterschied zeigt.

Der Unterschied zur stationären Rehabilitation liegt in der Möglichkeit zur täglichen Rückkehr in das häusliche Umfeld mit entsprechender Wohnortnähe der Maßnahme und der damit gegebenen Nutzung lokaler Ressourcen. Daraus ergibt sich in der ambulanten Rehabilitation der besondere Vorteil einer Vernetzung der Reha-Einrichtung mit dem Versicherten und dessen persönlichem und beruflichem Umfeld. Die Wohnortnähe ermöglicht es auch, die Angehörigen, den Hausarzt, den Betriebsarzt sowie Nachsorgestrukturen in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen, um den Transfer veränderter Verhaltensweisen besser in den Alltag zu integrieren. Durch die Sozialarbeit wird eine engere Zusammenarbeit mit dem beruflichen Umfeld möglich.

Außerdem können Nachfolgeangebote (Reha-Nachsorge/Selbsthilfegruppen/Sportvereine/Pflegeeinrichtungen u.a.) gezielt eingebunden und vermittelt werden.

Die Einleitung und Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ist von verschiedenen Faktoren abhängig.

An erster Stelle ist der Gesundheitszustand des Versicherten bzw. das Vorliegen einer die Erwerbsfähigkeit gefährdenden Teilhabestörung zu beachten, welcher möglichst konkret im Entlassungsbericht der Einrichtung einzuschätzen ist und natürlich eine detaillierte Beurteilung des vorhandenen Arbeitsplatzes voraussetzt.

Zum anderen beeinflussen soziale Faktoren (Beruf, Arbeitsplatzsituation, Alter, soziales Umfeld, Schichtzugehörigkeit) die Inanspruchnahme der LTA.

Dabei erlangen innerhalb des Spektrums möglicher Maßnahmen der LTA zunehmend arbeitsplatzsichernde Maßnahmen (2007 bei 30 %) zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes eine Priorität, während die beruflichen Bildungsleistungen eher rückläufig sind (2007 bei 24 %).

Die starke Zunahme dieser Leistungen ist u.a. das Ergebnis der besseren Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation bzw. der medizinisch-beruflichen Orientierung der medizinischen Rehabilitation.

Vorteile der ambulanten Rehabilitation liegen in:

- Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit, insbesondere durch die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess,
- Erleichterte Kontaktaufnahme zum Betrieb zur frühzeitigen Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen und zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung (z.B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung),
- Förderung der (Re)-Integration in das Wohnumfeld,
- Stärkere Aktivierung des Selbsthilfepotentials des Rehabilitanden durch Einbeziehung der Lebenswirklichkeit (z. B. Familie, Alltagsbelastungen, Arbeitswelt) in die rehabilitativen Bemühungen,
- Verbesserte Kooperation in der Nachsorge (z. B. Rehabilitationssport, Funktionstraining, Kontaktanbahnung zu Selbsthilfegruppen, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten),
- Nutzung eingliederungsfördernder Ressourcen eines vorhandenen komplementären sozialen Netzwerkes (z.B. Sozialstationen, Integrationsfachdienste)

2. Allgemeine Angaben zur Einrichtung

2.1. Leitbild der Mitarbeiter des Ambulanten Reha-Zentrum

Das Ambulante Reha- Zentrum Herxheim ist eine GmbH unter privater, vorwiegend ärztlicher Trägerschaft.

Das Reha-Zentrum, welches bereits 1997 in der Südpfalz gegründet wurde, erwarb sich mit einem modernen Therapiekonzept und hohen medizinischen und therapeutischen Standard, Anerkennung in der Pfalz und darüber hinaus in Rheinland-Pfalz und z.T. in Baden-Württemberg.

Durch die erfolgreiche Integration der beiden Abteilungen Orthopädie und Neurologie in Herxheim, aber auch durch die Gründungsberatung weiterer ambulanter Zentren in Mannheim und Idar-Oberstein, haben wir diesen Ruf weiter ausgebaut.

Wir streben an, dass unsere Patienten Experten im Umgang mit sich selbst und ihren Krankheiten werden. Daher handeln wir nach dem Prinzip „Verstehen durch Erleben“, weil persönliche Erfahrungen am besten überzeugen.

Wir sehen Herxheim als einen Ort nicht nur der bestmöglichen Therapie, sondern auch des lebendigen Miteinander und der gegenseitigen Unterstützung.

Unsere Rehabilitanden

Wir sind uns bewusst, dass Erfolg und Zufriedenheit unserer Rehabilitanden die Grundlagen unserer Arbeit bilden. Jeder Patient ist bei uns - unabhängig von Krankheitszustand, sozialer Herkunft, Sprache, Kultur oder Religion - ein mündiger Partner. Wir respektieren die Individualität und die Entscheidungsfähigkeit unserer

Patienten und entwickeln gemeinsam passende Ziele sowie Wege zu deren Umsetzung.

Alle therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen, aber auch unsere Richtlinien im Zusammenleben, begründen wir transparent und hinterfragen sie immer wieder kritisch. Dabei sind uns auch die Rückmeldungen unserer Rehabilitanden wichtig.

Unsere Kunden

Neben den Rehabilitanden verstehen wir alle Geschäftspartner als unsere Kunden. Zu ihnen gehören insbesondere die Kostenträger der Rehabilitation, die Haus- und Fachärzte und die Angehörigen unserer Patienten, die Menschen in den Selbsthilfegruppen, Gäste und Fortbildungsteilnehmer, aber auch alle weiteren Geschäftspartner und Lieferanten des Hauses. Wir pflegen mit ihnen eine verlässliche und faire Zusammenarbeit und bemühen uns aktiv um einen regen Informationsaustausch.

Das Miteinander als Kollegen

Wir sind uns bewusst, dass das Klima im Haus ein herausragender Faktor für den Erfolg ist und zum größten Teil von unserem Umgang miteinander abhängt. Kennzeichen unseres respektvollen Umgangs miteinander sind Offenheit, Transparenz und sachliche Kritik unter Zurückstellung persönlicher Differenzen. Dabei sind die leitenden Mitarbeiter in besonderem Maße zur Kommunikation verpflichtet. Sie fällen und erläutern Entscheidungen gerecht, sachbezogen und transparent. Der Ruf unserer Klinik ist abhängig von der Einsatzfreude aller Mitarbeiter.

Das Umfeld

Als ein Unternehmen mit ca. 90 Mitarbeitern legen wir großes Gewicht auf eine gute Zusammenarbeit mit benachbarten Institutionen, der Gemeinde, dem Landkreis und der gesamten Region.

Wir fühlen uns verpflichtet, mit den Ressourcen Natur, Infrastruktur, Wasser und Energie verantwortungsbewusst und schonend umzugehen.

Die wirtschaftliche Notwendigkeit

Unsere therapeutischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten haben Grenzen. Wir sind den Kostenträgern gegenüber verpflichtet, unsere Möglichkeiten optimal einzusetzen. Umso wichtiger ist daher ein gerechter und wohl abgewogener Einsatz aller verfügbaren Mittel, damit jeder Patient die Betreuung und die Therapie erhält, welche für ihn am wirksamsten ist.

Die Qualitätssicherung

Wir sind ein ambulantes Reha-Zentrum in ständiger Entwicklung. Wir überprüfen unser Handeln durch externe und interne Supervision, Patientenbefragungen, Auswertungen von Rückmeldungen und in internen Qualitätszirkeln. Die Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger

sowie an externen und internen Fortbildungen liefern uns wichtige Informationen für diese Arbeit.

Wir wissen, dass wir als ambulantes Zentrum nur dann auch weiterhin Erfolg haben, wenn wir unser Handeln stetig verbessern und uns folglich auch selbst weiterentwickeln.

Die Mitarbeiter des Ambulanten Reha-Zentrums Herxheim haben sich in einem gemeinsamen Diskussionsprozess zu diesem Leitbild bekannt. Es wird laufend fortgeschrieben und ist offen für Veränderungen.

2.2. Allgemeine Daten

Name der Einrichtung:	Reha med Gesundheitspark GmbH
Leitender Arzt:	Herr Matthias Geisler Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Geschäftsführer:	Dipl. Ing. Johannes Eisinger
Anschrift:	Am Gäxwald 1 76863 Herxheim bei Landau (Pfalz)
Standort:	Rheinland – Pfalz / Südpfalz Einzugsbereich ca. 350.000 Einwohner
Eröffnung:	20. Oktober 1997
Telefon:	Zentrale: 07276 / 92920-0 Orthopädie: 07276 / 92920-50 Neurologie: 07276 / 92920-40
Fax:	Zentrale: 07276 / 92920-20 Orthopädie: 07276 / 92920-22 Neurologie: 07276 / 92920-33
e-mail:	info@reha-herxheim.de
Eigentümer:	Vermietungsgesellschaft BBE
Betreiber:	Reha Med Gesundheitspark GmbH
Öffnungszeiten:	Montag-Freitag von 7.30-20.00 Uhr
Regionaler Einzugsbereich:	Ludwigshafen – Landau – Karlsruhe – Germersheim – Speyer – Bad Bergzabern – Annweiler – Neustadt – Wörth
Verkehrsanbindung:	Autobahn A 65 und B 9 / Buslinie Hauseigener Hol- und Bringedienst (8 Sprinter-Busse) öffentl. Verkehrsmittel: Bushaltestelle 50 m entfernt
Gesamtfläche Einrichtung:	ca. 3.800 m ² auf 3 Stockwerken, mit 2 Aufzügen Rollstuhl – und behindertengerecht 4.000 m ² Grundstück mit Gartenanlage und 50

Behandlungsaufkommen:	Stellplätzen am Haus Ambulante Rehabilitation Reha-Nachsorge (IRENA / MERENA)
Indikationen:	<u>Leistungen außerhalb BAR:</u> Heilmittelverordnungen EAP - Verfahren Berufsgenossenschaften Reha Sport Gesundheitssport muskulo-skelettale Erkrankungen (80 Patienten) neurologische Erkrankungen (30 Patienten)
Selbsthilfegruppen:	Treffen im Haus: Osteoporose/Rheumaliga/Fibromyalgie/Bechterew
Behandlungskapazität:	Gesamtkapazität bis 350 Patienten / Tag
Leistungsträger:	Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz Deutsche Rentenversicherung Bund Knappschaft Bahn-See Allgemeine Ortskrankenkassen Betriebskrankenkassen Ersatzkassen Innungskrankenkassen Landwirtschaftliche Krankenkassen Berufsgenossenschaften (Einzelfallentscheidung)
Fremdsprachenkenntnisse	englisch, französisch, ungarisch, türkisch, polnisch, russisch, italienisch, spanisch

2.3. Geografische Lage / Einzugsgebiet

Das Reha-Zentrum Herxheim liegt in der Mitte der Südpfalz mit sehr guten verkehrstechnischen Anbindungen.

Wir verfügen über 50 PKW-Stellplätze direkt am Haus und haben 33 Parkplätze bei der Gemeinde Herxheim sowie 25 Parkplätze bei der Firma Bentz langfristig angemietet. Es ist geplant, weitere 50 Parkplätze, ca. 50 Meter vom Zentrum entfernt, neu zu bauen und anzumieten. Selbstverständlich sind alle Parkplätze für unsere Rehabilitanden und Kunden kostenfrei.

Mit unserer hauseigenen Sprinter-Flotte, bestehend aus drei behindertengerechten Fahrzeugen und fünf normalen Sprinter-Bussen, haben wir einen gut ausgerüsteten Fahrdienst für alle bedürftigen Rehabilitanden eingerichtet.

2.4. Historie der Einrichtung

1997	Frühjahr 1997 Baubeginn Reha-Zentrum 20.10.2007 Eröffnung als Zentrum für Physiotherapie, EAP, medizinische Trainingstherapie und Prävention
<u>2002</u>	Zulassung zur ambulanten Rehabilitation bei muskulo-skelettalen Erkrankungen 20 Plätze für Rentenversicherung und gesetzlichen Krankenkassen
2003	Zulassung 40 Reha-Plätze bei muskulo-skelettalen Erkrankungen
2006	Erweiterungsbau mit: <ul style="list-style-type: none">- Cafeteria- Eingangsbereich- Behandlungsbereich- Trainingsbereich
2007	Zulassung 60 Reha-Plätze bei muskulo-skelettalen Erkrankungen
<u>2008</u>	Erweiterungsbau mit: <ul style="list-style-type: none">- Behandlungsbereich- Salzgrotte- Verwaltung- Ruheräume Zulassung 80 Reha-Plätze bei muskulo-skelettalen Erkrankungen
2009	08/2009 Baubeginn Neurologisches Zentrum 10/2009 Grundsteinlegung 01.09.2009 Auslagerung Reha-Nachsorge/Reha-Sport in ein angemietetes Gebäude ca. 500 m entfernt
<u>2010</u>	04/2010 Zulassung und Eröffnung Neurologische Abteilung mit 10 Plätzen.
2011	02/2011 Zulassung Neurologische Abteilung mit 30 Plätzen

3. Struktur der Einrichtung

3.1. Räumliches Angebot

Erdgeschoss:

Rezeption und Verwaltung	55,50 m ²
Eingangs- und Wartebereich	94,50 m ²
Personalaufenthaltsraum	21,80 m ²
4 geschlossene Behandlungsräume	49,10 m ²
Offener Behandlungsbereich (25 Liegen)	250,00 m ²
<u>EFL – Raum</u>	40,50 m ²
Raum Akupunktur und Spezialmassage	9,00 m ²
Haslauer Wanne	9,00 m ²
Werkstatt für Ergotherapie	15,00 m ²
Ergotherapie (kombiniert Orthopädie/Neurologie)	67,00 m ²

2 Ruheräume mit Liegen	62,00 m ²
Bewegungsbad (Wasserfläche ca. 35,00 m ²)	81,00 m ²
Gehschule	225,00 m ²
WC und Duschen	7,00 m ²
Behinderten – WC	9,00 m ²
2 Lager für Physikalische Therapie und Geräte	19,00 m ²
WC und Umkleidebereich (für 200 Personen)	129,00 m ²
Saunabereich	148,00 m ²
Sonnenhof mit Liegen	280,00 m ²
Aufzug (behindertengerecht)	2,00 m ²
Technikraum	8,00 m ²
Gartenbereich mit Liege- und Ruhemöglichkeit)	220,00 m ²

Obergeschoss:

Trainingsfläche	427,00 m ²
einschließlich aMTT	
Therapie-Treppenhaus	15,00 m ²
Therapie-Kletterwand	35,00 m ²
Gymnastikraum	110,00 m ²
Entspannungsraum	57,00 m ²
Snoezelen-Raum	28,00 m ²
Verwaltung	55,00 m ²
Schwesternzimmer/Notfallraum	16,00 m ²
Arztbereich	96,00 m ²
Küche, Ausschank und Cafeteria	156,00 m ²
Lehrküche	19,00 m ²
Ernährungsberatung	24,00 m ²
Personal WC und Umkleide	14,00 m ²
Vortragsraum	95,00 m ²
Sozialdienst	9,00 m ²
Psychologie	23,00 m ²
Ruheraum (kombiniert Orthopädie/Neurologie)	80,00 m ²
Höhenkammer	30,00 m ²
Salzgrotte	68,00 m ²

3.2. Medizinisch - technische Ausstattung

3.2.1. Diagnostik

Radiologie mit digitaler Technik und Bildübertragung für:

- Röntgen kompletter Bewegungsapparat
- Durchleuchtung
- Universalgerät mit Bildverstärker für Facettenblockaden
- Thorax (im Bedarfsfall)

Gelenksonographie

Laboruntersuchungen über MVZ Laborzentrum Ettlingen-Karlsruhe:

- Entzündungslabor
- Gerinnungsparameter
- Blutzucker
- spezielle Fragestellungen

(Rheuma/Leberwerte/Thrombozyten/Borreliose u.a.)
 EKG: - Ruhe und Belastungs-EKG
 Ergometrie: - bei Bedarf mit Atemgasanalyse / O² -Sättigung

Neurophysiologische Untersuchung (in neurologischer Abteilung):

- SEP / EEG / ENG / EMG / VEP / AEP
- Frenzelbrille

Neuropsychologie:

EDV - Trainingsplätze mit System RehaCom:

- Aufmerksamkeit / Konzentration / akustische Reaktionsfähigkeit /
- Raumoperationen / visueller Exploration / Vigilanz / figurales
- Gedächtnis/Handlungsplanung / visiomotorische Koordination

Isokinetik - zur isokinetischen Kraftmessung untere Extremitäten

Bewegungsanalyse mittels Videoanalyse System DARTFISH

Lokomo – Station mit Pedago zur Gangschulung

Handkraftmessgerät

EFL – Testverfahren mit Testraum und Geräten

3.2.2. Therapeutische Geräte

Physikalische Therapie

Kälte-/ Wärmebehandlung

mit Kryotherapie/Wärmetherapie/Rotlicht/Heißluft/Wärmeträger/ Naturmoor

Elektrotherapie

mit Niederfrequenz/Mittelfrequenz/Hochfrequenz/TENS und EMS-Geräte/
 Magnetfeld/Laser

Hydrotherapie

mit Bewegungsbad, 8 x 4m, höhenverstellbar mit hydraulischen Hubboden
 (bis 180 cm Wassertiefe, 32° Celsius), mit Gegenstromanlage, Lifter,
 Sitzfläche

Medizinische Trainingstherapie

Ausdauergeräte:

-	Ergometer	16
-	Crosstrainer	5
-	Ergomix	2
-	Rudergerät	1
-	Woodway-Laufband	4
-	Lokomo-Station mit Pedago-Gangtrainer	1

Sequenztrainingsgeräte:

Untere Extremitäten:

-	Beinpresse/Legpress	4
-	Abduktion/Adduktion	3
-	Beinstrecker	1

- Beinbeuger	1
- Beinstrecker/- beuger (Kombigerät)	1
- Gesäßtrainer	1
- Hüfttrainer	1

Obere Extremitäten:

- Haltungsstabilisatoren/Butterfly	2
- Pulldown/Stützstemme/Schulterdrücken (Kombi)	2
- Pulldown	2
- oberer Rücken / Ruderzug	2
- Kimmzuanlage	1
- Seilzüge	5
- Hantelbank	1

Rumpfgeräte:

- Rückenextension	2
- Bauchtrainer	2
- Seitneigung	1
- Rotation	1
- Spacecurl	1

Koordinative Geräte:

- Koordinationstower	1
- Posturomed	1
- Galileo Vibrationsplatte	1
- MFT-Koordinationsscheiben	4
- Minitrampolin	2
- Therapiekreisel	2

sonstige Geräte:

- Balance Trainer	1
- Extensionsgeräte	2
- Gehbarren	1
- TheraTrainer obere Extremität	2
- TheraTrainer untere Extremität	2
- Sprossenwand	3
- Therapiekletterwand (Höhe 6m, verstellbar)	1
- Lagerungsmaterialien	
- Gymnastikmatten, Therabänder, Therapiespiegel	
- Kleingeräte	

Ergotherapie

Sensibilitätstraining

- Kiesbox/Sandbett/Raps/Therabeans/Bälle u.a

Verbesserung Funktion und Kraftfähigkeiten obere Extremitäten

- Steckbaum/Steckbrett

- Tennisgarnitur/Scoop-Ball/Gitterball/Boing-Ball/Shuffleboard
- Peddigrohr
- Werkbank mit Werkzeugen/Maschinen
- Seidenmalerei
- Vibrax

Verbesserung der Handfunktion

- diverse Materialien

Verbesserung der Stabilität und des Gleichgewichts

- Ballkissen/Schaumstoff/Pezziball
- Trampolin
- Stepper

Testbatterie

- Handkraftmessung
- nine hole peg Test
- Box and Block Test
- Reha Com Arbeitsplatz

3.3. Personalbemessung

Die Personalbemessung richtet sich nach den BAR – Rahmenempfehlungen für die Indikation muskulo - skelettale Erkrankungen. Diese werden inhaltlich eingehalten; nähere Angaben sind den aktuellen Personalstandsmeldungen zu entnehmen.

4. Medizinisch–konzeptionelle Grundlagen

4.1. Indikationen/Kontraindikationen

Durch die medizinische Rehabilitation im Ambulanten Reha-Zentrum soll eine durch orthopädische oder traumatologische Erkrankungen bzw. Operationen drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft abgewendet, beseitigt oder gemindert werden.

Alltagsrelevante, nicht vorübergehende Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und ein komplexmedizinischer Ansatz sind notwendig für Einleitung und Durchführung einer medizinischen Rehabilitation.

Unsere Tätigkeit wird dabei zukünftig einem ganzheitlichen Ansatz folgen, welcher die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Rehabilitanden beinhaltet, und damit dem Modell der ICF entsprechen. Auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells werden die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Zusammenhang mit den Gesundheitsproblemen besonders berücksichtigt.

Eine ambulante orthopädische Rehabilitation ist dann indiziert, wenn:

- als Folge einer Schädigung nicht vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens vorliegen, die vor allem durch Erkrankungen des Bewegungsapparates verursacht sind, Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits manifest sind, d. h. Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne eines komplexmedizinischen Ansatzes besteht,
- Rehabilitationsfähigkeit besteht,
- eine positive Rehabilitationsprognose (Rehaziele in einem absehbaren Zeitraum und mit den Mitteln der Einrichtung erreichbar) gestellt werden kann,
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Schwerpunkte im Indikationsspektrum sind dabei:

- **Degenerative muskulo-skelettale Krankheiten**
Arthrosen der peripheren Gelenke, bandscheibenbedingte Erkrankungen und andere degenerativer Erkrankungen mit der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule
- **Angeborene oder erworbene Krankheiten**
Durch Fehlbildung, Fehlstatik oder durch Fehlfunktion der Bewegungsorgane insbesondere Muskelerkrankungen, Zustand nach Operation in Bezug auf die Grunderkrankung
- **Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane**
Frakturen von Extremitäten, Wirbelsäule und Becken, Gelenkluxationen, Sehnen- und Bandrupturen, Muskelverletzungen, posttraumatische Nervenläsionen, Gliedmaßenverlust, andere Verletzungsfolgen sowie der Zustand nach operativer Versorgung eines verletzten Bewegungsorgans

Die sozialmedizinische Indikation ergibt sich aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der Auswirkungen der aufgeführten Erkrankungen in Bezug zu den einzelnen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten, Teilhabe unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren).

Behandlungsindikationen gemäß ICD- 10-Verschlüsselungsbereichen

Die Diagnoseverschlüsselung in der medizinischen Rehabilitation erfolgt gegenwärtig noch analog zur Verschlüsselung im kurativen medizinischen Versorgungsbereich nach der ICD-Klassifikation. In Anwendung dieser systematischen Krankheitsklassifikation können in unserer Einrichtung die Krankheitsbilder aus den folgenden Bereichen behandelt werden:

XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M)

Arthrose (ICD M15 - M19)

Primäre und sekundäre Arthrosen der großen und kleinen Gelenke einschließlich Polyarthrose und Folgezustände nach operativer Versorgung (z.B. Endoprothesen/ Umstellungsosteotomien)

sonstige Gelenkskrankheiten (ICD M20 - M25)

Erworbene Deformitäten, Binnenschädigung des Kniegelenks, freie Gelenkkörper, Schädigungen von Gelenkknorpel und Bändern, Bandschwächen, habituelle Luxationen, Gelenk Kontrakturen/Ankylose, Verkalkungen

Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M40 – 43/M47 – 48/M50 -54)

Krankheiten der Sehnenscheiden und Sehnen (ICD M65 - 68)

Krankheiten des Weichteilgewebes am Bewegungsapparat (ICD M70 - 79)

Tenosynovitis, Bursitis, Bursitis calcarea, Schulterläsion im Weichteilbereich, Enthesiopathien, Fibromyalgie

Osteopathien einschließl. Veränderungen der Knochenkontinuität (ICD M80 - 84, M87)

Osteoporose mit und ohne Fraktur, Osteomalazie, Frakturheilung in Fehlstellung

Chondropathien (ICD M91 - 94)

Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD M95 - 99)

XII Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems (ICD Q65 - 79)

XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußere Ursachen (ICD S40 - T19, T66 - 78, T89 - 98)

Nach dem AHB-Indikationskatalog (VDR, Gruppe 4) sind folgende Indikationen zur muskulo-skelettalen Rehabilitation zugelassen:

Indikation	Voraussetzung	Kontraindikation
Wirbelsäulensyndrome (einschließ.Bandscheibenvorfall mit radikulärer Symptomatik (ICD10 M50 – M51.9))	Abklingende Akutsymptomatik bei chron.und/oder chron.-rezidivierendem Krankheitsbild mit sensomotorischen Ausfallserscheinungen und /oder Fehlhaltung	Operationsindikation
Z. n. Bandscheibenoperation (ICD10 M96.1)	Muskuläre Dysbalancen, postoperative sensomotorische Ausfallserscheinungen	
Z. n. endoprothetischer Versorgung Hüftgelenk (ICD10 M16.)	Postoperativ nachweisbare besserungsfähige Funktionseinschränkung	Schwerwiegende Begleiterkrankungen, die eine Rehabilitation verhindern
Z. n. offen operierter komplexer Instabilität des Kapsel-Band-Apparates des Kniegelenkes (ICD10 M23.6/S83.53/S 83.54)		
Z. n. endoprothetischer Versorgung des Kniegelenkes (ICD10 M17.)		Schwerwiegende Begleiterkrankungen, die eine Rehabilitation verhindern
Z. n. operativer Versorgung Rotatorenmanschettenruptur, habituellem Schulterluxation, chronische Schultersteife (ICD10 M75 / S43)	Nur bei erheblichen Funktionseinschränkungen und Übungsstabilität	
Z. n. konservativ/operativ versorgten Frakturen der großen Röhrenknochen mit Gelenkbeteiligung (ICD10 S40-59/S70-99)		
Z. n. Amputation großer Gliedmaßenabschnitte (ICD10 T05/ I70/E10)	Abgeschlossene Wundheilung, selbstständige Fortbewegung auf Stationsebenen mit Hilfsmitteln	Begleiterkrankungen, die eine Prothesenversorgung und Gehschulung unmöglich machen
Z. n. stabilisierenden oder korrigierenden Operationen an der Wirbelsäule oder	Übungsstabilität	

konservativ versorgte Wirbelfrakturen (ICD10 S12/13;S22/23;S32/33)		
Z. n. größeren Umstellungsoperation (Osteotomien) von Femur oder Tibia (ICD10	Nur bei erheblichen Funktionseinschränkungen und Übungsstabilität	

Auswirkungen muskulo-skelettaler Erkrankungen auf die ICF

Aufgrund der **ICF-Klassifikation** zur Beschreibung von Gesundheit und Krankheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001) können in der medizinischen Rehabilitation auch die Auswirkungen muskulo-skelettaler Erkrankungen in Bezug zu den einzelnen Komponenten der ICF-Klassifikation gesetzt werden. Damit kann eine ICF-bezogene, individuelle Formulierung der Rehabilitationsziele und Therapieplanung umgesetzt werden.

Die ICF basiert auf **dem integrativen Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**.

In diesem Modell, in dem die Komponenten *Körperfunktion und –struktur* sowie *Aktivität* und *Partizipation*, *Funktionsfähigkeit* und *Behinderung* beschrieben und als Resultat der Interaktion zwischen einer Gesundheitsstörung und den Kontextfaktoren, Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren anzusehen sind, kann die Situation des Patienten in seiner funktionellen Gesundheit umfassend abgebildet werden (Kirschnek et al., 2011).

Das Neue an diesem Konzept ist die Beachtung sog. Kontextfaktoren, die einerseits hemmende, sog. Barrierefaktoren, andererseits aber auch unterstützende Faktoren sein können, die in der Person des Patienten oder seiner Umwelt begründet sind. Positive Faktoren sind u.a. Erfahrungen, Motivation, genetische Prädisposition oder Bildung, die sich auch in dem Begriff Ressource wiederfindet.

Mit dem bio-psycho-sozialen Modell wird ein bedeutender Paradigmenwechsel vollzogen, indem funktionale Probleme nicht mehr als Attribute einer Person, sondern als negatives Ergebnis einer Wechselwirkung zu betrachten sind.

(ICF-Praxisleitfaden, 2008). Mit der vorgesehenen stärkeren Ausrichtung auf funktionsorientierte Ziele unterscheidet sich die medizinische Rehabilitation deutlich von der akutmedizinischen Versorgung.

Die durch sog. „Teilhabe am Erwerbsleben“ als übergreifende Zielstellung im Sinne der ICF und ihrer Dimensionen werden die rehabilitativer Maßnahmen auch stärker auf die berufliche Partizipation ausgedehnt (Müller-Fahrnow, 2005).

Dabei unterscheidet das **Aktivitätskonzept** zwischen dem, was eine Person in einem Lebensbereich tatsächlich tut – d.h. die Leistung unter realen Umweltfaktoren (**Performance**) – und dem, was eine Person in einem Lebensbereich tun könnte – d.h. Leistungsfähigkeit unter idealen oder optimalen Umweltbedingungen (**Capacity**).

Führt eine Person alle Handlungen und Aufgaben eines Lebensbereichs (z.B. Berufsleben) unter den gegebenen Umweltbedingungen aus (**Leistung**), dann ist sie in diesem Lebensbereich vollständig einbezogen (**Teilhabe**).

Unter Bezug auf die ICF – Klassifizierung können die resultierenden Schädigungen beschrieben werden:

Schädigungen von Strukturen und Funktionen muskulo-skelettaler Organe:

- *Im Bereich der peripheren Gelenke:*
reflektorische Bewegungseinschränkung, Kontraktur, Ankylose, Instabilität, Schwellung, Fehlstellungen
- *Im Bereich der Knochen:*
Fehlstellung, Fraktur, Atrophie, Nekrose, Schmerz
- *Im Bereich der Muskulatur:*
Beeinträchtigung von Kraft, Koordination, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Atrophie, Dystrophie, Änderung des Muskeltonus, Änderung der Muskelstruktur (Myogelosen, Verkürzung), Lähmung, Schmerz
- *Im Bereich von Sehnen und Bändern:*
Elongation, Verkürzung, Vernarbung, Verminderung der Elastizität, Destruktion, Ruptur mit Instabilität, Schmerz
- *Im Bereich des periartikulären Gleit- und Bindegewebes:*
Schwellung, Elastizitätsminderung, Gleitstörung, Schmerz mit daraus resultierender Bewegungseinschränkung
- *Im Bereich der Wirbelsäule:*
Bewegungseinschränkung, Einschränkung der Belastbarkeit, Fehlstellung, Fehlförmigkeit (Skoliose), Instabilität/Hypermobilität, Schmerz
- *Im Bereich des Nervensystems:*
Sensibilitätsstörung, reflektorische Bewegungseinschränkung, Lähmung, Schmerz, vegetative Störung, Schlafstörung

In Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf reicht das Ausheilungsergebnis auf der Strukturebene von der vollständigen Wiederherstellung der Integrität des Ursprungsgewebes, *restitutio ad integrum*, bis hin zum bleibenden Strukturdefekt.

Schädigungen und ihre Folgen können Rückwirkungen auf den psychophysischen Gesamtzustand, Ausdauer und Belastbarkeit und die Art des Umgangs mit der Krankheit (Krankheitsbewältigung) haben, z.B. auf Antrieb, psychomotorische Aktivität oder Emotion.

Beeinträchtigungen der Aktivitäten:

Beeinträchtigungen der Aktivität bei muskulo-skelettalen Erkrankungen zeigen sich primär im Bereich der Mobilität, als Einschränkung oder Verlust der Fähigkeit Aktivitäten mit Hilfe der Bewegungsorgane in einem als normal angesehenem Umfang durchzuführen.

In Folge der o.g. Schädigungen und deren Auswirkung können Beeinträchtigungen in den Aktivitäten auftreten:

- *Aufrechterhaltung oder Veränderung der Körperhaltung:*
 - Gehen, Laufen, Stehen, Liegen, Drehen, Steigen (Treppen, Leitern)
Gehen auf unebenen Boden beziehungsweise bei anderen Hindernissen

- Bücken, Knien, Überkopfarbeiten
- Greifen (verschiedene Greifformen), Loslassen, Halten, Heben, Tragen
- Hantieren mit oder an Gegenständen,
- *Ausübung von Kulturtechniken:*
 - Schreiben, Lesen, Rechnen an Büro- und Kommunikationsgeräte
- *Ausübung von Aktivitäten gemäß den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit:*
 - Wege von und zur Arbeit, längerfristige Verbleiben in einer Körperposition, Einnehmen von Zwangshaltungen, feinmotorischer Arm- und Beingebruch
- *Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL):*
 - Waschen, An-/Ausziehen, Körperpflege, Haushaltsführung, Einkaufen,
 - Nahrungszubereitung/Essen), Toilettenbenutzung u.a.
- *notwendigen Krankheitsmanagement:*
 - Medikamente, Kontrolle der Nebenwirkung, Eigenübungen, Tages- und Hilfeplanung
- *Krankheitsbewältigungs- bzw. Kompensationsstrategien:*
 - Immobilität, schmerzbedingte Störungen des Antriebs, der Emotion, rasche Ermüdbarkeit psychischer Kräfte, Stressbewältigung
- *Beeinträchtigungen der Aktivitäten:*
 - bei muskulo-skelettalen Erkrankungen in der Regel multipel

Zu berücksichtigen sind dabei auch die Möglichkeiten einer individuellen Adaptation und Kompensation.

Beeinträchtigungen der Teilhabe

Hierzu zählen Einschränkungen in:

- Selbstversorgung
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen)
- Bildung und Ausbildung
- Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit)
- Sozialer Integration
- Ökonomischer Eigenständigkeit in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes

Einfluß auf die Kontextfaktoren

Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit Krankheit und den verschiedenen Komponenten der ICF. Sie können einen fördernden Einfluss (Förderfaktoren), aber auch einen hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Es gilt daher, Förderfaktoren möglichst früh zu erkennen und ihre Wirkung zu nutzen. Andererseits können negativ wirkenden Kontextfaktoren (z.B. schwere körperliche Arbeit, Monotonie, Bewegungsmangel, körperliche Zwangshaltungen, Witterungs- exposition u.a.) erhebliche Krankheitsrisiken darstellen.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere das Risikofaktorenkonzept im Rahmen der Rehabilitationsmedizin zu beachten (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol).

Kontraindikationen für die medizinische Rehabilitation

- Nicht ausreichende körperliche Belastbarkeit wegen einer akut behandlungsbedürftigen Erkrankung oder einer dekompensierten chronischen Erkrankung.
- Nicht übungstabil versorgte Frakturen an Wirbelsäule und Gelenken
- Akuter Schub einer entzündlichen rheumatologischen Systemerkrankung
- Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen

4.2. Rehabilitationsziele

4.2.1. allgemeine Rehabilitationsziele unter Beachtung der ICF

Grundsätzlich zielt eine ICF - basierte teilhabeorientierte Therapieplanung darauf ab, reversible gestörte Körperfunktionen und -strukturen zu regenerieren, nicht reversible gestörte Funktionen und Strukturen zu kompensieren, beeinträchtigte Aktivitäten zu reduzieren sowie Förderfaktoren zu stärken und Barrieren abzubauen.

Wegen der Besonderheit vieler Erkrankungen stellt die Verbesserung der beeinträchtigten körperlichen und mentalen (kognitiven, affektiven) Funktionsfähigkeit zunächst die primäre Aufgabe der orthopädischen Rehabilitation dar. Für eine langfristige Aufrechterhaltung der *funktionalen* Gesundheit und/oder die Teilhabe des Rehabilitanden in den für ihn bedeutenden Lebensbereichen ist hingegen die Sekundär- bzw. Tertiärprävention entscheidend.

Die Vorbereitung und Einleitung eines präventiv wirksamen Lebensstils und die Reduktion des individuellen Risikoprofils des Patienten stellt daher die sekundäre Aufgabe der orthopädischen Rehabilitation dar.

Durch die Einführung der ICF in die ambulante orthopädische Rehabilitation kommt ein bio-psycho-sozialer und ressourcenorientierter Ansatz mit folgenden Elementen zum Tragen:

- *somatische Elemente* (Training, medizinische Überwachung, Therapie)
- *Edukative Elemente* (Handlungskompetenz, Wissen, Einstellung)
- *Psycho - soziale Elemente* (Krankheitsbewältigung, Stressmanagement, Motivation, berufliche und soziale Integration).

ICF-basierte Ziele im somatischen Bereich

Körperliche Funktionen, die den Krankheitsverlauf bzw. das Gesundheitsproblem positiv beeinflussen, müssen verbessert werden.

Dabei sind körperliche Funktionen des Bewegungsapparates wie z.B. die Muskelkraft (b730) und Muskelausdauer (b740), nach invasiven Eingriffen die Wundheilung (b820) oder Rücken- (b28013) und Brustschmerzen (b28011) zu berücksichtigen.

Bei schlecht belastbaren Patienten steht eher das Wiedererlangen körperlicher Aktivitäten, die als Voraussetzung für Mobilität und Selbstversorgung in häuslicher Umgebung anzusehen ist, im Vordergrund. Dazu zählen u.a. das Wechseln der Körperpositionen (d410), das Gehen kurzer Entfernungen (d4500), Gehen im häuslichen Bereich (d4600) oder das Treppensteigen (d4551).

Bei übergewichtigen Patienten sind zusätzlich andere Funktionen z.B. des Verdauungs- und Stoffwechselsystems Kohlenhydrat- (b5401) und Fett-Stoffwechsel (b5402), ein angemessener BMI (b530), die Herzfunktion (b410), die Atmungsfunktionen (b440), die Funktion des Blutdrucks (b420) und die kardiorespiratorischen Belastbarkeit (b455) wichtig.

Hinsichtlich der Umweltfaktoren ist außerdem der Bedarf an Hilfsmitteln z. B. Gehhilfen oder Rollstuhl (e1201) zu ermitteln, für besser belastbare Patienten stellen eine Steigerung der körperlichen Aktivität und ein aktiver Lebensstil mit Training und Bewegung ein Therapieziel dar, so dass schnelles Gehen (d4501), Joggen (d4552), Fahrradfahren (d4750), Schwimmen (d4554) und andere sportliche Betätigungen (d9201) in Betracht kommen.

ICF-basierte Ziele im edukativen Bereich

Dem Patienten sollen auch verhaltensbezogene Aktivitäten vermittelt werden, welche dazu beitragen, den Krankheitsverlauf bzw. das Gesundheitsproblem langfristig günstig zu beeinflussen. Voraussetzung hierfür ist das Lernen und die Wissensanwendung über die Erkrankung und Möglichkeiten der Risikoreduktion (d198), Gesundheitsvorsorge (d570) sowie von Ernährung und Fitness (d5701).

Bei Bedarf werden Schulungen von Aktivitäten im häuslichen Leben z. B. Einkaufen (d620) und Mahlzeiten vorbereiten (d630) erfolgen bzw. bei erheblich beeinträchtigten Patienten auch die Aktivitäten des täglichen Leben (sich waschen (d510), die Toilette benutzen (d530), sich kleiden (d540), essen (d550) und trinken (d560) angesprochen werden.

ICF-basierte Ziele im psycho-sozialen Bereich

Beeinflussende psychische Funktionen sind z. B. psychische Energie und Antriebe (b130) Umgang mit Stress (d240), Krankheitsbewältigung (d2402), Familienbeziehungen (d760) und des sozialen Lebens in der Freizeit und Erholung (d750). Wichtig ist auch der Abbau von Risikofaktoren und die Suchtprävention wie Nikotin (b1303).

Zur Vorbereitung der Reha-Nachsorge (IRENA(MERENA) werden die Weiterbehandlung und weiterführende Therapien (e355), Information über Möglichkeiten der Weiterführung rehabilitativer Maßnahmen in speziellen Programmen (z. B. IRENA) einschl. Vermittlung von Sportgruppen (e580) angesprochen und vermittelt. Um einen aktiven Lebensstil auch dauerhaft zu ermöglichen, sollten auch Hilfen durch Familie (e310), Freunde (e320) und Gleichgesinnte (e325) thematisiert werden.

Während der Rehabilitation werden Informationen über Möglichkeiten der sozialen Unterstützung (e575), über Arbeit und Beschäftigung (e590), Überlegungen zur Unterstützung durch Pflegedienste und/oder Haushaltshilfen (e340) bzw. durch Sozialarbeiter (e360) vermittelt.

4.2.2. trägerspezifische Rehabilitationsziele

Die individuellen Maßnahmen einer muskulo-skelettalen Rehabilitation basieren auf gemeinsam mit dem Rehabilitanden definierten Therapiezielen, die gemäß ICF auf alle drei Dimensionen der Folgen der Erkrankung oder Verletzung (Körperfunktionen und –strukturen, Aktivität und Partizipation) beziehen.

Allgemeine Ziele im Rahmen der muskulo-skelettalen Rehabilitation sind:

- Reduktion von Schmerzen und Vermittlung von Bewältigungsstrategien bei chronischen Schmerzzuständen
- Verbesserung bzw. Erhaltung der Gelenk-, Muskel- und Bewegungsfunktionen
- Abbau bzw. Verhinderung von kompensatorischen Überbelastungen
- Verbesserung bzw. Erhaltung von Kraft und Ausdauerleistung
- Verbesserung bzw. Erhaltung der Koordination und des Körpergefühls
- Verbesserung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Reduktion von Risikofaktoren (Sekundärprävention)
- Vermittlung von Information und Verhaltensstrategien zur Bewältigung der Erkrankung und der Kompensation ihrer Folgen bei bleibenden Schädigungen von Körperfunktion und -struktur sowie bleibender Beeinträchtigung von Aktivität und Partizipation
- Reintegration auf der Partizipationsebene
- Individuelle Anpassung von Umweltbedingungen
- Sicherstellung der Nachhaltigkeit

Trägerspezifische Ziele stellen unterschiedlichen Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung bezüglich der Wiedereingliederung in die unterschiedlichen Bereiche des sozialen Lebens:

- Integrationsschwerpunkt der **gesetzlichen Rentenversicherung** ist die möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- **Gesetzliche Krankenversicherung** gewähren medizinische Reha, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine bereits eingetretene Behinderung zu beseitigen oder zu verbessern bzw. eine Verschlimmerung zu verhüten sowie zur Abwendung von Pflegebedürftigkeit
- Zielsetzung der **gesetzlichen Unfallversicherung** ist die Minimierung von Gesundheitsstörungen, hervorgerufen durch Unfallfolgen mit allen geeigneten Mitteln

Zu den **trägerspezifischen Zielen** zählen auch die Einleitung und Abklärung der beruflichen Rehabilitation durch Berufsfähigkeits- und Arbeitsplatzabklärungen und die behindertengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes. Die diesbezüglichen Schritte umfassen Arbeits- und Belastungserprobung, berufliches Training und sich daran anschließende berufliche Maßnahmen.

Die **speziellen Rehabilitationsziele** sind eng im Zusammenhang mit der individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit zu sehen, die sich wiederum an den vorhandenen Schäden und Funktionsstörungen (Impairments), den

Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Aktivitäten (Disabilities) und der sozialen Desintegration (handicaps) orientiert.

Das anzustrebende Rehabilitationsziel einer Verbesserung bzw. zumindest Stabilisierung der Lebensqualität beinhaltet physische und psychische Aspekte und ist eng verknüpft mit sozialen und beruflichen Komponenten des individuellen Lebens des Patienten. Die jeweiligen Therapieziele werden dabei in Abstimmung mit dem Rehabilitanden anhand der individuellen Problematik einvernehmlich besprochen.

5. Rehabilitationsablauf

5.1. Aufnahmeverfahren

Die eingehenden Anträge und medizinischen Befunde für die medizinische Rehabilitation einschließlich AHB werden täglich dem Ärztlichen Leiter des MBOR® – Teams vorgelegt. Nach Sichtung der Unterlagen sowie einer event. Rückfrage beim Rehabilitanden und/oder einweisenden Arzt werden die Rehabilitanden mit einer **besonderen beruflichen Problemlage (BBPL)** erfaßt.

Mit einem speziellen Einladungsschreiben erhalten diese Rehabilitanden zusätzlich Screeningfragebögen (siehe Teil MBOR® 5.2.4.), die sie ausgefüllt zur Aufnahmeuntersuchung mitbringen.

Für alle Rehabilitanden wird nach Kostenzusage durch den zuständigen Kostenträger durch das Arztsekretariat mit dem Patienten oder dem Sozialdienst der einweisenden Klinik (im AHB – Verfahren) telefonisch ein Termin zur Aufnahme vereinbart. In diesem Einladungsschreiben wird dem Rehabilitanden die verbindliche Voruntersuchungszeit (in der Regel nach 2 – 6 Tagen) und der voraussichtliche Beginn der medizinischen Rehabilitation mitgeteilt. Der Patient wird gebeten, aktuelle Klinik- und Facharztberichte sowie Unterlagen zur aktuellen Diagnostik (MRT/CT/Röntgen/Labor) mitzubringen, um so überflüssige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Bei der Aufnahmeuntersuchung wird der Patient vom Pflegepersonal empfangen, Blutdruck, Puls, Gewicht und Größe gemessen sowie der ausgefüllte Anamnesebogen kontrolliert. Anschließend weist das Pflegepersonal den Patienten in den organisatorischen Ablauf ein, zeigt ihm die Räumlichkeiten der Einrichtung und informiert über die Nutzung des eigenen Hol- und Bringendienstes.

Bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung wird außer der ausführlichen klinischen Untersuchung und Anamneseerhebung auch die Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden und die Indikation überprüft. In Abhängigkeit vom individuellen Befund, der Einweisungsdiagnose, den anamnestischen Angaben und den vereinbarten Rehazielen wird der Therapieplan erstellt und auch Termine für die Mitglieder des Rehabilitationsteam (Ernährungsberatung/Psychologie/Sozialberatung u.a.) geplant.

Das Aufnahmegespräch umfasst die Erhebung der rehabilitationsrelevanten Anamnese, das Festlegen der Rehabilitationsdiagnosen und Rehabilitationsziele, die mit dem Patienten besprochen und abgestimmt werden. Es erfolgt eine ausführliche Information des Patienten über den Ablauf des Behandlungsprozesses, wobei

insbesondere die Notwendigkeit des aktiven Mitwirken des Rehabilitanden angesprochen wird.

Weiterhin legt der Arzt alle für den Rehabilitationsprozess und für die allgemeine medizinische Betreuung notwendigen technischen Untersuchungen (z. B. EKG, Labor) sowie die pflegerischen Maßnahmen (z. B. Wundversorgung, Blutdruckkontrollen) und konsiliarische Untersuchungen in anderen Fachgebieten fest.

Bei den Rehabilitanden mit einer **besonderen beruflichen Problemlage (BBPL)** werden Inhalte und Vollständigkeit der Screeningbögen geprüft, es wird die ausführliche Berufsanamnese erfragt und die Rehabilitanden werden mit dem speziellen Ablauf der medizinischen Rehabilitation einschließlich beruflicher Rehabilitation vertraut gemacht.

Durch die Voruntersuchung vor Beginn der eigentlichen Reha-Maßnahme besteht die Möglichkeit für eine gründliche und indikationsgerechte Therapieplanung, die Einteilung der Rehabilitanden in indikationsgleiche Kleingruppen sowie einen sofortigen Beginn der therapeutischen Maßnahmen am ersten Tag der Rehabilitation.

5.2. Rehabilitationsdiagnostik

In der Regel sollte die notwendige Diagnostik vor Aufnahme der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein. Bei der Aufnahmeuntersuchung werden die vorliegenden Befunde und diagnostischen Unterlagen gesichert, wobei in der Mehrzahl der Fälle der Rehabilitand gebeten wird, fehlende Befunde beim Haus- oder Facharzt zu besorgen.

Eine umfassende und gezielte Diagnostik bildet die Grundlage für jede therapeutische Maßnahme und erlangt daher auch in der Rehabilitation einen hohen Stellenwert.

Das erfordert:

- Diagnostik auf der Ebene der Schädigungen ggf. zur Präzisierung der medizinischen Diagnose (in der Regel Voraussetzung für eine angemessene Beurteilung der Leistungsfähigkeit),
- Diagnostik auf der Ebene der Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen in Beruf und Alltag (arbeits- und alltagsbezogene Leistungsfähigkeit),
- Erfassung individuell relevanter Kontextfaktoren durch die Einbeziehung der relevanten Persönlichkeitsmerkmale, Lebensbedingungen und Aspekte des Krankheitsverhaltens (psychosoziale Diagnostik),
- die Gesamtbeurteilung der Krankheits- und/oder Behinderungssituation, auch vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte und
- kontinuierliche Verlaufskontrollen.

In der Phase der Einarbeitung mit der ICF werden folgende Bereiche in Bezug auf ihre Kompatibilität mit dem bio-psycho-sozialen Modell und den Domänen der ICF sowie dem Leitgedanken der Teilhabe - Orientierung mit einigen Leitfragen überprüft und bei Bedarf angepasst.

Assessment

Sind alle Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und subjektiv wichtigen Lebensbereiche sowie personbezogene Kontextfaktoren und Umweltfaktoren durch das aktuelle multidisziplinäre Assessment abgedeckt ?

Welche Berufsgruppe führt welche Befunde durch, wo gibt es ggf. Schnittstellen und wie lassen sich die erhobenen Befunde nach der ICF strukturieren ?

Zielsetzungen für die Rehabilitation und für die einzelnen Therapiebereiche, Rehabilitations- und Therapieplanung

Sind die Ziele in den Bereichen Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitäten sowie ggf. in Bezug auf die Kontextfaktoren so ausgerichtet, dass sie zur Erreichung von Partizipationszielen beitragen können ?

Wird die Teilhabe (Partizipation) in den für den Rehabilitanden wichtigen Lebensbereichen ausreichend beachtet ?

Verlaufs- und Ergebnisevaluation, Dokumentation.

Werden bei der Verlaufsevaluation und –dokumentation die verschiedenen Komponenten der ICF und die Erreichung von Partizipationszielen ausreichend beachtet ?

Ist die Dokumentation (Abschlussberichte, Arztbriefschreibung) den Komponenten der ICF (Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten/Teilhabe, Kontextfaktoren) bereits optimal angepaßt ?

5.2.1. Elemente der Rehabilitationsdiagnostik

Die wichtigsten Elemente der Rehabilitationsdiagnostik sind:

- *medizinische, soziale und berufliche Anamnese*
- *körperliche Untersuchung*
- *psychologische Diagnostik*

Erfasst werden psychische Beeinträchtigungen, therapeutische Maßnahmen bei Komorbidität und ggf. die Fortführung im weiteren Verlauf, speziell auch im Hinblick auf eine erfolgreiche Reintegration in Beruf und Alltag.

Die Diagnostik psychischer Belastung erfolgt dabei abgestuft, wobei zunächst im Rahmen der Anamnese bei der Aufnahme und nachfolgend durch geeignete Screeningverfahren eine frühzeitige Identifizierung interventionsbedürftiger Patienten erfolgt, die dann einer weitergehenden psychologischen oder auch psychiatrischen Diagnostik und Therapie zugeführt werden

- *berufliche Diagnostik*

Die Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation hat neben der notwendigen medizinischen Diagnostik vor allem auch die Einleitung einer rehabilitativen Strategie und die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im Blickfeld

Für die berufsorientierten Analysen sind insbesondere von Bedeutung:

- Angaben zur Sozial- und Berufsanamnese
- Beschreibung des Arbeitsplatzes
- Erfassung der sozialen Situation
- Fragen der Motivation
- Aspekte des zugrunde liegenden individuellen Krankheitsmodells

- Die Erfassung subjektiver und objektiver Belastbarkeits-/ Beanspruchungswechselwirkungen.

Zur konkreten Beurteilung finden dabei möglichst konkrete Arbeitsplatzbeschreibungen durch die Betriebsärzte, Screening-Fragebögen, Merkmalskataloge oder andere Erhebungsinstrumenten Verwendung.

5.2.2. Diagnostik von Kontextfaktoren

Wichtige Informationen zu den vorliegenden Kontextfaktoren können in der Aufnahmeuntersuchung aus der Anamnese, der sozialen und beruflichen Situation, der konkreten Beschreibung des Arbeitsplatzes sowie der orientierenden psychosozialen Diagnostik gewonnen werden.

Dabei werden zusätzlich psychische und soziale Belastungen, Probleme der sozialen Integration durch gesundheitliche Störungen sowie berufsbezogene Einschränkungen erfaßt. Auf der Grundlage dieser Informationen und/oder durch geeignete psychologische Messinstrumente kann dann eine gezielte problemorientierte Diagnostik eingeleitet werden.

Hinsichtlich berufsbezogener Einschränkungen können im Bedarfsfall weitergehende funktions- bzw. leistungsbezogene Untersuchungen (z. B. in Form von Belastungserprobungen) und berufsbezogene Beratungen erfolgen.

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund eines Individuums dar. Sie umfassen Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten können.

Diese Faktoren sind für ein Individuum externer Art und können seine Rollenerfüllung als Mitglied der Gesellschaft, seine Leistungsfähigkeit zur Durchführung von Aufgaben oder Handlungen oder seine Körperfunktionen und –strukturen positiv oder negativ beeinflussen.

Personbezogene Faktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Individuums, sie umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil seines Gesundheitsproblems oder– zustandes darstellen. Diese Faktoren sind insbesondere Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstil, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Lebenserfahrungen.

Kontextfaktoren können sowohl einen negativen als auch einen positiven Einfluss auf die Schädigungen, Aktivitäts- und oder Partizipationsstörungen und damit auch auf den voraussichtlichen Rehabilitationsverlauf bzw. auf die Rehabilitationsprognose ausüben.

Negative Kontextfaktoren als Risikofaktoren bei muskulo-skelettalen Erkrankungen sind z.B.:

- Arbeitsunfähigkeit > 3 Monate
- Bewegungsmangel und sonstige lebensstilabhängige

- Risikofaktoren
- Psychosoziale Faktoren (z.B. Dauerstress)
- Geringe Handlungsspielräume und Monotonie
- Schwere körperliche Arbeit (z.B. Heben, Tragen von Lasten)
- Zwangshaltungen
- Dauernde Einwirkungen von Nässe, Kälte, Zugluft.
- Zeitdruck am Arbeitsplatz (Akkordarbeit)
- Offene rechtliche und versicherungsrechtliche Verfahren
- Ungünstiger soziokultureller Hintergrund
- Ungünstige räumlich-situative Wohnverhältnisse.

Positive Kontextfaktoren sind z.B.:

- Arbeitsunfähigkeit < 3 Monate
- Zugang zu Maßnahmen, die der Rehabilitation dienen
- Eine günstige soziale und kulturelle soziale Einbettung eines Patienten
- Ein hohes Maß an Unterstützung durch Angehörige
- Krankheitsadäquate räumlich-situative Wohnverhältnisse
- Hilfsmittel

Alleinstehende Menschen und Menschen mit Lebenspartnern, die selbst auf Hilfe angewiesen sind, haben eine schlechtere Prognose, wieder in ihre angestammte Umgebung zurückzukehren.

Die Kontextfaktoren beziehen sich auf Krankheitsfolgen und Krankheitsverarbeitung, Gesundheitsverhalten, Motivation und Erwartungshaltung, aber auch auf Suchtverhalten, Ernährungsgewohnheiten und psychische Belastungsmomente sowie soziale Lebensumstände (z. B. Arbeitslosigkeit als zusätzlicher Kontextfaktor).

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind immer im Zusammenhang mit der individuellen psychosozialen Situation (Familienintegration, Lebensplanung, Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie, berufliche und finanzielle Situation) zu bewerten. Die Eindrücke werden während der Rehabilitation in den Teambesprechungen, bei Visiten, therapeutisch orientierten Gesprächen und Teambesprechungen ergänzt und vertieft.

5.2.3. Kooperationspartner

Am Aufnahmetag erfolgen eine ausführliche orthopädische und klinische Untersuchung sowie die Auswertung der extern durchgeführten diagnostischen Untersuchungen. Regelmäßige orthopädisch-rehabilitative Zwischenuntersuchungen zur Diagnosesicherung und Verlaufsbeurteilung werden wöchentlich mind. 1- mal bzw. im Bedarfsfall durch die täglichen ärztlichen Sprechstunden auch häufiger durchgeführt.

Die Diagnostik erfolgt im Hinblick auf den rehabilitationsrelevanten klinischen Status, die Funktionsschädigungen, die Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe. Wenn erforderlich wird vor, im Bedarfsfall für notwendige therapeutische Entscheidung auch während der Rehabilitation, weitere spezielle Diagnostik veranlasst.

Kooperationspartner für weitere Diagnostik sind:

Radiologie:

- MVZ Südpfalz Zentrum für Orthopädie/Rehabilitation/Neurochirurgie
Am Kleinwald 33 in 76863 Herxheim Tel.: 07276/9666 - 0
- Radiologie Landau Dres. med. Schreyer
Bodelschwinghstrasse 11 in 76829 Landau Tel.: 06341/89465
- Radiologiezentrum Karlsruhe Dres. med. Krohn et al.
Zeppelinstrasse 2 in 76185 Karlsruhe Tel.: 0721/95210 - 0

Neurologie:

- GP für Neurologie/Psychiatrie
Dres. med. Paschen et al.
Luitpoldstrasse 14 in 76870 Kandel Tel.: 07275/95119
- Neurologische Abteilung
Ambulanten Reha-Zentrum
Am Gäxwald 1 in 76863 Herxheim Tel.: 07276/92920-40

Kardiologie:

- Kardiologische GP im Klinikum Landau Dres. med. Stille/Pollert
Bodelschwinghstrasse 11 in 76829 Landau Tel.: 06341/94270

Neurochirurgie / Orthopädie

- MVZ Südpfalz
Am Kleinwald 33 in 76863 Herxheim Tel.: 07276/9666 - 0

Schmerztherapie

- MVZ Südpfalz in Zusammenarbeit mit Schmerzambulanz Speyer
Am Kleinwald 33 in 76863 Herxheim Tel.: 07276/9666 - 0

Labormedizin

- MVZ Laborzentrum Ettlingen
Otto-Hahn-Str. 18 in 76275 Ettlingen Tel.: 07243/51601

Hilfsmittelversorgung / Prothesen

- Sanitätshaus Pegasus
Zeppelinstrasse 33 in 76829 Landau Tel.: 06341/82523
- Orthokonzept
Hischstrasse 35 a in 76133 Karlsruhe Tel.: 0721/1208775
- Sanitätshaus Römer
Gewerbepark West 8 in 76863 Herxheim Tel.: 07276/9887 - 0

soziale Dienste

- Integrationsämter
- Berufsbegleitende Dienste
- Amt für soziale Angelegenheiten
- Sozialberatungsstellen
- Agentur für Arbeit

Rehafachberater

5.2.4. Spezielle Diagnostik für Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL)

Ein wichtiges Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch eine stärkere berufsbezogene Rehabilitation gefährdete Rehabilitanden frühzeitig zu erkennen und gezielt zu behandeln.

Innerhalb der medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR®) soll festgestellt werden, ob und wann ein Rehabilitand wieder an seinen bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren kann, ob der Arbeitsplatz ggf. verändert bzw. angepasst werden muss oder eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz ausgeschlossen wird und andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) eingeleitet werden müssen.

Bereits bei der Sichtung der Unterlagen, spätestens aber bei der fachärztlichen Aufnahmeuntersuchung, sind gesundheitsbedingte und/oder gesundheits-assoziierte berufliche Problemlagen zu erkennen, um während des Rehabilitationsprozesses gezielte Schritte unter Einbeziehung aller Fachbereiche des Reha-Teams einzuleiten.

Wichtige objektive Indikatoren für einen **MBOR® – Bedarf** sind dabei:

- Arbeitsunfähigkeit > 3 Mon. in den letzten 12 Monaten
- Arbeitslosigkeit vor Reha-Beginn
- EU/BU - Rentenantrag vor der Reha
- Leistungsfähigkeit < 6 h täglich
- Diskrepanz zwischen Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und Leistungsfähigkeit nach positiven und negativem Leistungsbild
- Auffälliges negatives Leistungsbild
- Bestimmte Berufsgruppen mit hoher körperlicher oder auch psychischer Beanspruchung in Verbindung mit individuellen Krankheitsverläufen

Nach dem bekannten Drei-Stufen-Modell (Manteuffel, 2011) werden in unserem Ambulanten Reha-Zentrum Rehabilitanden der Stufen A und B entsprechend ihrem MBOR® – Bedarf in die spezielle berufliche Diagnostik einbezogen, wobei der Anteil der Stufe B nach internen Erhebungen zwischen 20 – 30 % der Zuweisungen liegt.

Nach unserer Auffassung sind dabei nicht nur Rehabilitanden mit problematischen sozialmedizinischen Verläufen und/oder die mit einer negativen persönlichen Einschätzung bezüglich ihrer beruflichen Zukunft als Zielgruppe für MBOR® zu sehen, sondern auch Rehabilitanden, deren Arbeitsplatz mittelfristig aus gesundheitlicher Sicht gefährdet ist.

Voraussetzung für eine sinnvolle und erfolgreiche MBOR® sind berufsbezogene diagnostische Maßnahmen, die gemeinsam durch alle an der Rehabilitation beteiligte Berufsgruppen im Rehabilitationsteam durch erforderliche Assessments durchgeführt werden.

So werden im Rahmen der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung zusätzlich die berufliche und soziale Anamnese aufgenommen, die Ergebnisse der vorher verschickten Screening-Fragebögen (**SIMBO-C/SIMBO-MSK, Würzburger Screening** und **AVEM**) ausgewertet und weitere durch unterschiedliche Assessmentverfahren erhobenen Ergebnisse zu arbeits- und berufsbezogenen, aber

auch zu psychosozialen Problemlagen (z.B. durch Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, EFL-Therapeuten) bei der Beurteilung des Rehabilitanden und der Rehaplanung berücksichtigt.

Mit der arbeits- und berufsbezogenen Diagnostik, dem Einfordern konkreter Arbeitsplatzbeschreibungen der Rehabilitanden und/oder auch durch die engere Zusammenarbeit von Sozialberatung und den zuständigen Betriebsärzten sowie dem Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil erfolgt eine optimierte Therapieplanung für die MBOR®-Patienten unserer Einrichtung.

Umsetzung der MBOR® - Anforderungen in unserem ambulanten Reha-Zentrum

1. MBOR® - Team

Das MBOR® - Team für muskulo- skelettale Indikationen besteht aus:

- Arzt mit sozialmedizinischer Ausbildung (Grund-/ Aufbaukurs) und Rehabilitationserfahrung
- Sozialpädagoge
- Psychologe
- Ergotherapeut
- Physiotherapeut
- Sporttherapeut / Sportwissenschaftler

Die qualitätsgesicherte Ausbildung für die Durchführung des FCE-Systems (EFL) erfolgte bisher für zwei Fachärzte und sechs Therapeuten (Ergo-, Physio-, -Sporttherapeut) mit dem absolvierten EFL - Grundkurs und der eingeführten EFL – Testung, der Abschluß mit Aufbaukurs und Abnahme ist für 12/2012 vorgesehen.

2. Räumliche Voraussetzungen, apparative Ausstattung und inhaltliche Schwerpunkte

Ein eigener Testraum für EFL - Testung steht zur Verfügung und wurde mit den vorgesehenen 29 Arbeitsstationen sowie Auswertemöglichkeiten (PC/Drucker) ausgestattet.

Für die Trainingstherapie wurden im Rahmen der MTT geeignete Stationen für ein Arbeitssimulationstraining und verschiedene Arbeitsanforderungen/-abläufe geschaffen, wo mehrere Rehabilitanden gleichzeitig trainieren können. Das Gruppensetting hat sich dabei als motivierend und leistungsfördernd erwiesen. Bei besonderen individuellen Anforderungen ist auch ein Einzeltraining integrierbar.

Für spezifische Bereiche werden ab 12/2012 gesonderte Stationen und Arbeitsplätze eingerichtet:

Das betrifft zunächst:

- | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| PC-/ Büroarbeitsplatz | ▶ | Training/Beratung von Sitzberufen |
| Hebearbeitsplatz | ▶ | Training Pflegeberufe |
| handwerkliche Arbeitsplätze | ▶ | Training handwerkliche Berufe |

Beispiele für berufsspezifische Präventionsmodule sind:

1. Pflegeberufe:

Inhalte: Transfertraining/protektives Arbeiten
Kraftausdauer- und Ausdauertraining/Bewegung
Eigenübungsprogramm/Pausenübungen
Stressmanagement/Entspannungsübungen
Sucht, gesunde Lebensweise, Arbeit
Essen bei Schichtarbeit

Umsetzung durch interdisziplinäres Team:

Physio-, Sporttherapeut, Psychologin,
Ernährungsberaterin, Arzt

2. Büroberufe:

Inhalte: Einrichtung Arbeitsplatz
Ergonomie Sitzmöbel/Beleuchtung/Hilfsmittel
Ausdauertraining/Rückenschule/Hebetechniken
Stressmanagement/Entspannungsübungen
Pausengestaltung/Stressmanagement
Suchtmittel
Essen/Zeitmanagement

Umsetzung durch interdisziplinäres Team:

Ergotherapeut, Sporttherapeut, Psychologin, Arzt
Ernährungsberaterin

3. Handwerkliche Berufe

Inhalte: Erfassung konkreter Arbeitsbedingungen
(subjektiv/objektiv)
Erfassung Fähigkeitsprofil (Testung Kraft/Ausdauer/EFL)
Objektivierung typischer Arbeitsabläufe mittels Video
Training Bewegungsabläufe
(Trainingstherapie/Ergotherapie)
Training an spezifischen Arbeitsplätzen
Stressmanagement/Entspannungsübungen
Pausengestaltung/Stressmanagement
Suchtmittel
Essen/Schichtarbeit/Schlafhygiene

Umsetzung durch interdisziplinäres Team:

Sporttherapeut, Ergotherapeut, Physiotherapeut,
Psychologin, Arzt, Ernährungsberaterin

3. Organisation und Dauer

Die Durchführung einer individualisierten und zielorientierten ambulanten muskuloskelettalen MBOR® sollte im Regelfall eine Verlängerung der Rehabilitation auf ca. 20 Tage erfordern, da bei einer täglichen Behandlungsdauer von 4 – 6 Stunden an fünf Tagen in der Woche sind mind. 10 MBOR® - spezifische Einheiten eingeplant werden.

Die im Moment von den Kostenträgern gewährte durchschnittliche Behandlungsdauer von 17,5 Tagen wird dem Anliegen einer optimalen Gestaltung der MBOR® sicherlich nicht gerecht.

4. Ablauf MBOR® im Reha-Zentrum und Vorgehen bei Auswahl Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen

Die im Screening eingesetzten Testverfahren haben verschieden Zielrichtungen, wobei unter dem MBOR® - Aspekt die objektive Erfassung folgender Teilbereiche durch Assessments notwendig wird:

- Besondere beruflicher Problemlagen (BPPL)
- Gesundheitszustand, psychische Komorbidität und psychosoziale Belastungsfaktoren
- Beeinträchtigung weiterer Bereiche (z.B. chronischen Schmerz)
- Beeinträchtigung der körperlichen Funktion

In unserem Ambulanten Reha-Zentrum gelangen folgende Screening – Verfahren zur Anwendung:

vor Beginn der Rehabilitation:

1. Würzburger Screening

Der Fragebogen besteht aus 9 Fragen, die sich in die Skalenbereiche

- subjektive Erwerbsprognose
- berufliche Belastung und
- Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten aufteilen.

Der Würzburger Fragebogen ist ein Selbstbeurteilungsverfahren des Patienten, wobei die Auswertung anhand eines Auswertungsbogens erfolgt. Ziel ist die Erhebung beruflicher Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierter Rehabilitation.

2. SIMBO-C/ SIMBO-MSK

Die 7 Fragen beziehen sich auf sozialmedizinische Parameter, gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen im Beruf, subjektive berufliche Prognose, berufsbezogene Therapiemotivation und das Alter. Bei 100 erreichbaren Punkten liegt bei mehr als 30 Punkte eine BBPL vor.

3. AVEM (Arbeitsplatzbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster)

Mit dem Selbsteinschätzungsfragebogen können persönlichkeitspezifische Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen erhoben werden. Das mehrdimensionale Verfahren unterteilt sich in 11 Dimensionen des arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmusters.

Dazu zählen u.a. subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Streben nach Perfektion, offensive Problembewältigung, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit u.a.

Die genannten 11 Dimensionen werden den Bereichen:

- o berufliches Engagement
- o erlebte Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen und
- o Emotionen, die die Berufsausübung begleiten zugeordnet.

Das Verfahren erlaubt Aussagen über gesundheitsförderliche bzw. gefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster.

zur Aufnahmeuntersuchung bzw. Tag 1 – 3 der Rehabilitation

1. Auswertung der o.g. Fragebögen und Information des Rehabilitanden

2. im Therapieplan werden Termine geplant zur Erfassung von:

► **IRES (Indikatoren des Reha-Status)**

Mit dem IRES-36 werde der subjektiven Gesundheitszustand, die psychosozialen Krankheitsfolgen und die berufliche Leistungsfähigkeit erfasst. Im Einzelnen betrifft das u.a. somatische Gesundheit, Schmerzen, Funktionsfähigkeit im Alltag und im Beruf, psychisches Befinden, soziale Integration, Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung

► **EFL (Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit) nach Isernhagen**

Damit ist eine objektivierte Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden und eine realitätsgerechte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und –möglichkeiten möglich.

► **PACT (Performance Assessment and Capacity Test) nach Matheson**

Dem Rehabilitanden werden 50 Bilder mit typischen Belastungssituationen aus der Arbeitswelt und dem Alltag gezeigt. Der Einsatz erfolgt zu Beginn und Ende der MBOR® im Rahmen der EFL – Testung.

3. Termine bei Sozialberatung/Psychologie/Ernährungsberatung innerhalb der ersten drei Therapietage zum Einzelgespräch

Bereich Psychologie:

- Die Rehabilitanden werden in Abhängigkeit von der Problemsituation in Kleingruppen oder zu weiteren Einzelgesprächen eingeteilt sowie
- in Abhängigkeit vom Beschwerdebild werden spezifische Fragebögen **HADS-D** (Hospital Anxiety and Depression Scale)/ **PDI** (Pain Disability Index) / Einsatz der **15 Screeningfragen/ IDCL für ICD-10** / **FESV** eingesetzt und später mit dem Rehabilitanden besprochen

Bereich Sozialberatung

- ▶ Die Rehabilitanden werden in Abhängigkeit von beruflichen und/oder sozialen Problematik für weitere Einzelgespräche oder in Kleingruppen eingeteilt
- ▶ Erfassung der Arbeitsplatzanalyse anhand von Unterlagen, Fragebogen, Berichten, Betriebsarzt
- ▶ **Funktionelle Jobanalyse**
Dabei wird eine Arbeitsplatzanalyse der zuletzt ausgeübten Tätigkeit erhoben und dem mittels Screening-Tests ermitteltem Fähigkeitsprofil des Patienten gegenübergestellt. Durch den Vergleich von Leistungs- und Anforderungsprofil (**Jobmatch**) können sowohl Defizite als auch Fähigkeiten des Patienten ermittelt werden. Auf der Grundlage des ermittelten Profils wird im Reha-Team das weitere Vorgehen und die Umsetzung im Therapieplan festgelegt.

4. Auswertung und Festlegung des individuellen Therapieverlaufs durch MBOR – Team unter Leitung des Ärztlichen Leiters des MBOR® - Teams

- ▶ spätestens am 4. Therapietag werden im MBOR – Team unter Mitwirkung von Arzt, Sozialberatung, Psychologin, Ergotherapeut, Sporttherapeut und Physiotherapeut die Ergebnisse der Untersuchungen, Anamnese, Fragebögen und Arbeitsplatzanalyse beraten und verbindliche Festlegungen für den weiteren Therapieverlauf getroffen und wöchentlich kontrolliert.
- ▶ EFL nach Isernhagen
Mit dem EFL - Verfahren gegen Ende der Rehabilitation ist eine objektivierte Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit eines Probanden möglich. Ziel ist eine realitätsgerechte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und -möglichkeiten. In der MBOR® wird zu Beginn und zum Ende der Maßnahme ein EFL - Screeningtest, bestehend aus ca. ausgewählten Einzeltests, durchgeführt. Die jeweils durchzuführenden Tests ergeben sich aus der zuvor erhobenen Arbeitsplatzanamnese.
- ▶ arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie (**aMTT**)
Die **aMTT** wird in den vorhandenen großzügigen Trainingsflächen der Sporttherapie umgesetzt werden. Dabei wird die vorhandene gerätetechnische und apparative Ausstattung genutzt, wobei zusätzlich verschiedene Hilfsmittel angeschafft wurden. Die Sportlehrer erarbeiten spezielle Übungseinheiten für verschiedene Berufsgruppen und spezielle berufliche Anforderungen.

5. Am Ende der Rehabilitation werden die Ergebnisse und subjektiven Eindrücke für den MBOR – Rehabilitanden von den o.g. Berufsgruppen dargestellt und gemeinsam diskutiert; sie finden

Eingang in den Abschlußbericht, insbes. hinsichtlich sozialmedizinischer Beurteilung sowie weitere Empfehlungen für Betriebsärzte, Kostenträger, Nachsorge und betriebliches Eingliederungsmanagements (BEM).

6. Unterstützung betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)

Unser Konzept beinhaltet auch, wir die Kooperationen mit regionalen Arbeitgebern (z.B. Daimler-Werke in Wörth und Germersheim) erweitern und konkrete Angebote für das betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) unterbreiten.

Im Einzelnen beinhaltet das:

- Berufsbezogene Gesprächsführung mit dem Rehabilitanden, Kontaktaufnahme zum Betriebsarzt
- Belastungserprobung und/oder Einleitung einer stufenweisen WE im Anschluss an die Rehabilitation
- Beratung zur Arbeitsplatzumgestaltung und – anpassung, im Einzelfall in Kooperation mit Betriebsarzt.
Kann der Arbeitsplatz durch die aufgeführten Maßnahmen aller Voraussicht nach nicht erhalten werden, wird der Reha-fach beratungsdienst des Kostenträgers in die Beratung einbezogen
- Angebote zur Durchführung von Maßnahmen der Reha-Nachsorge (IRENA, MERENA, ASP, Rückentraining, Rehabilitationssport und Funktionstraining)
- auf den Rehabilitanden abgestimmtes, arbeitsplatz-orientiertes Behandlungskonzept zur Wiederherstellung seiner beruflichen Leistungsfähigkeit
- Durchführung und Abschluß der EFL-Qualifikation (Abschluß 12/2012)

Am Ende der medizinischen Rehabilitation werden im multiprofessionellen Rehabilitationsteam die Erkenntnisse gemeinsam diskutiert, ob der Rehabilitand seine frühere berufliche Tätigkeit fortsetzen kann, ob eine betriebliche Umsetzung oder die Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes erforderlich sind, ob es einer Umschulung in einer überbetrieblichen Einrichtung oder in einer Werkstatt für Behinderte bedarf oder eine berufliche Erwerbsfähigkeit nicht mehr in Betracht kommt.

5.3. Ärztliche Aufgaben während des Rehabilitationsprozesses

Die orthopädische Abteilung steht unter fachärztlicher Leitung, Verantwortung und Koordination eines Facharztes für Orthopädie/Unfallchirurgie.

Außerdem sind 3 Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) mit langjähriger Berufserfahrung in der medizinischen Rehabilitation und z.T. langjähriger Leitungsfunktion im Ambulanten Reha-Zentrum in Vollzeit tätig.

Die ärztlichen Aufgaben beinhalten:

- Ganzkörperstatus und ausführliche Anamneseerhebung mit Fremdanamnese bei der Aufnahme, Zwischen- und Abschlussuntersuchung, ärztliche Gespräche, regelmäßige Visiten

- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehadagnostik
- Konkretisierung der Rehabilitationsbedarf, -fähigkeit und –prognose
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans, Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen ggf. auch zusätzlicher diagnostischer Maßnahmen
- Abgrenzung zu kurativ medizinischen Behandlungsformen, zu anderen Indikationen und Prüfung eventueller Ausschlusskriterien.
- Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln (indikationsbezogen)
- Durchführung von wöchentlichen Visiten in den Behandlungsräumen und regelmäßigen Sprechstunden für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Kontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und Teambesprechungen (1x/Wo.)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Angehörigen
- Vorträge, Seminare und Schulungen für Patienten und Angehörige
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben der Leistungsträger.
- Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten, Betriebsärzten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Versorgung mit Hilfsmitteln durch Kooperationspartner
- Anregung und Einleitung von Nachsorgemaßnahmen
- Dokumentation und Qualitätssicherung intern und extern

Die Fachärzte stehen während der gesamten Rehabilitation - je nach medizinischem Bedarf und Ansprüchen des Patienten – auch jederzeit konsiliarisch zur Verfügung. Dabei werden die medizinischen Probleme durch Untersuchungen und Behandlungen geklärt, sowie organisatorische Probleme durch Änderung des Therapieplans, gelöst.

Bei medizinischen Problemfällen werden diese im Ärzteteam (4 Fachärzte) besprochen und bei Bedarf auch externe Kollegen einbezogen.

Alle Ärzte nehmen einmal wöchentlich an der Teamsitzung teil, wo alle wichtigen Problemfälle besprochen werden.

Für die im Behandlungsverlauf genannten Aspekte besteht eine Dokumentationspflicht des Arztes auf einem entsprechenden Formblatt.

5.4. Behandlungselemente

Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation.

Die **ICF** ist für die medizinische und berufliche Rehabilitation nutzbar, um den Reha-Bedarf, die funktionale Diagnostik, das Reha-Management, die Interventionsplanung und die Evaluation rehabilitativer Maßnahmen darzustellen.

Mit Anwendung der ICF wird es möglich, wichtige Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen, evtl. Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren, abzubauen und Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, auszubauen.

Seit der Einführung des SGB IX (2001) bestehen die Ziele vor allem in der Förderung von Selbstbestimmung und der Teilhabe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie der Koordination, Kooperation und Konvergenz in der Rehabilitation.

Nach unserem konzeptionellen Verständnis sollte jeder Rehabilitand mit seinen individuellen Fähigkeiten - also die von dem biografischen Hintergrund ableitbaren primären Bedingungen, Sozialisationsprozessen, Lernerfahrungen und individuellen Merkmalen - alles in seinen Kräften stehende unternehmen, um im Leben und im beruflichen Alltag erfolgreich und zufrieden zu sein.

Für die medizinische Rehabilitation orthopädischer Erkrankungen werden folgende Behandlungselemente vorgehalten:

- Indikationsspezifische **Krankengymnastik** als Einzeltherapie mit Techniken der manuellen Therapie, neurophysiologische und osteopathische Therapie bzw. als Kleingruppentherapie
- Funktionsspezifische **Krankengymnastik** mit Prothesengebrauchsschulung, Gehschule mit Objektivierung, Terraintraining
- **Krankengymnastik** im Bewegungsbad
- **Medizinische Trainingstherapie**
- **Physikalische Therapie**
- **Massagen/manuelle Lymphdrainage**
- **Ergotherapie**
- **Sozialberatung**
- **Psychologie**
- **Ernährungsberatung**
- **Gesundheitsseminare**

Eine detaillierte Darstellung der einzelnen Arbeitsbereiche des Reha – Teams sind unter 5.4.1. nachlesbar.

5.4.1. Therapeutische Angebote und Beratung

Bereich Psychologie

1. Psychologische Diagnostik

Nach den Empfehlungen des psychodiagnostischen Stufenplans für die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund werden folgende Verfahren

zur Erfassung komorbider psychischer Störungen und beruflicher Problemlagen eingesetzt:

- Screeningverfahren

HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version):

Messung von Depressivität und Ängstlichkeit bei körperlichen Beschwerden sowie

Marker für psychische Auffälligkeit

Würzburger Screening :

Identifikation von Patienten mit arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen und

Bedarf an beruflichen Rehabilitationsleistungen

PDI (Pain Disability Index):

Selbsteinschätzung schmerzbedingter Beeinträchtigungen in verschiedenen

Alltagsbereichen

- Vertiefte psychodiagnostische Fragebogenverfahren

Einsatz der **15 Screeningfragen** (Jahed, J. et al. 2009) in Anlehnung an SKID-I und

CIDI zur strukturierten Diagnosefindung

IDCL für ICD-10 (Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen (SCL) von der WHO):

zur fortgesetzten strukturierten Diagnosefindung bei auffälligen Störungsbereichen nach Einsatz der 15 Screeningfragen

AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster):

zur Erfassung gesundheitsförderlicher bzw. gefährdender Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen

FESV (Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung):

Erfassung des Bewältigungsrepertoires und der psychischen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Schmerzen bei Patienten mit länger andauernder oder häufig wiederkehrender Schmerzproblematik

Die Screeninginstrumente **HADS-D** und **Würzburger Screening** werden allen Rehapatienten vor Beginn der Maßnahme ausgegeben.

Der **PDI** wird Patienten bei Vorliegen negativer Person-, Umwelt- und Kontextfaktoren (s. 5.2.2), welche eine Schmerzchronifizierung begünstigen, nach dem ärztlichen Aufnahmegespräch mitgegeben und dient als Screening für die Zuweisung zur Schmerzbewältigungsgruppe.

Fakultativ kommen der **FABQ-D** zur Erfassung angstbedingten Vermeidungsverhaltens bzgl. physischer Aktivität und Arbeit sowie die **IRES-36** zur Erfassung ausgewählter Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe zur Anwendung.

Positiv gescreente Patienten werden mittels der entsprechenden vertieften Fragebogenverfahren weiter untersucht. Hieraus abgeleitet, erfolgt die psychologische Diagnosestellung sowie die weitere Behandlungsimplication (psychologisches Beratungsgespräch und ggf. Motivation für und Aufzeigen von Zugangswegen zu ambulanter Psychotherapie oder Beratungsstellen, Kurztherapie, Zuweisung zu Gruppenkonzepten der Bereiche Schmerz- und Stressbewältigung, Entspannungsverfahren) unter Berücksichtigung der weiteren diagnostischen Ergebnisse des Behandlungsteams und der Vorbefunde.

2. Psychologische Kontakte

Grundsätzlich werden positiv gescreeente Patienten, klinisch deutlich auffällige Patienten und Patienten mit verbalisiertem psychologischen Gesprächsbedarf konsiliarisch durch die Psychologin gesehen. Es erfolgt ein Aufnahmegespräch, unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsbewältigung und des Umgangs mit beruflichen Anforderungen, sowie ggf. die vertiefte diagnostische Abklärung. Die Ergebnisse und Behandlungsempfehlungen werden dem Patienten rückgemeldet und das weitere Vorgehen gemeinsam mit diesem vereinbart.

Bei fehlender Bereitschaft des Patienten zu weiteren Kontakten und/oder der Teilnahme an Gruppenangeboten wird versucht, die Ursachen herauszuarbeiten und eine Gesprächs- und Veränderungsmotivation mittels motivierender Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2005) zu erzielen. Zuletzt wird selbstverständlich die Patientenautonomie gewahrt und eine mögliche Verdachtsdiagnose sowie die aktuell fehlende Bereitschaft zur Teilnahme dokumentiert.

Ein entsprechender Konsiliarbericht mit weiterer Behandlungsempfehlung geht an den behandelnden Rehaarzt. Darüber hinaus werden Behandlungsergebnisse und Einschätzungen im Rahmen der Teamsitzungen in das Behandlungsteam eingespeist und mit den Informationen und Einschätzungen der Kollegen abgeglichen, um notwendige Optimierungen des Behandlungsplans sicherzustellen. Eine psychologische Kurzstellungnahme am Ende der Reha mit Angabe von Diagnose, Testergebnissen, Verlauf und Empfehlung fließt in den medizinischen Entlassbericht ein.

3. Psychologische Gruppenangebote

Die psychologischen Gruppenangebote gliedern sich in Gesundheitstrainings und themenzentrierte Gruppen. Zielsetzung ist über Informationsvermittlung, Motivationsförderung und Kleingruppenarbeit eine Reduktion und Auflösung von Risikofaktoren sowie den Auf- und Ausbau von Ressourcen im Sinne des Salutogenesekonzeptes zu erzielen. Gleichzeitig stellen die niederschweligen Angebote eine Möglichkeit zur persönlichen Kontaktaufnahme mit der Psychologin dar.

4. Angebote zur Patientenschulung

Wöchentlich finden folgende Vortragsthemen im Zeitrahmen 50 Min. für alle Patienten statt. Die Teilnehmerzahl ist pro Vortrag auf max. 15 begrenzt:

- **Stress und Stressbewältigung:**

Folienvortrag unter Einbezug der Teilnehmer über Motivation zu aktiver Mitarbeit, Fragen an Teilnehmer, Einbringen von persönlichen Beispielen, Alltagstransfer, Diskussion. Inhaltlich werden folgende Themenbereiche bearbeitet: Definition Stress-Unterscheidung Eu/Distress-Evolutionsbiologische Funktion und Physiologie des Stresses auf kognitiver, emotionaler, körperlicher und Verhaltensebene-Stressauslöser-Stressverstärker/typische Denkfehler-Folgen von Dauerstress-Stressbewältigung: Erkennen von Stresssymptomen-Feststellung von Veränderbarkeit-Akzeptanz der Situation oder Einsatz von Stressbewältigungs-

strategien: Ansatzpunkt Stressauslöser und Stressreaktion-Kurzzusammenfassung und Hinweis auf weitere Angebote intern/extern.

- **Alltagsdrogen- Vom Genuss zur Sucht:**

Folienvortrag unter Einbezug der Teilnehmer über Motivation zu aktiver Mitarbeit, Fragen an Teilnehmer, Einbringen von persönlichen Beispielen, Alltagstransfer, Diskussion. Inhaltlich werden folgende Themenbereiche bearbeitet:

- Definition Suchtmittel/Alltagsdrogen- Abgrenzung Genuss/ Missbrauch/ Abhängigkeit
- Prävalenzraten und Gesundheitsfolgen-Gesundheitsrisiken Alkohol
- risikoarmer Konsum und allgemeiner Umgang mit Verlangen/Suchtdruck
- Co-Abhängigkeit-Gesundheitsrisiken Nikotinkonsum
- Vorteile Nichtrauchen
- 5 Schritte zum Nichtrauchen mit Verweis auf Nichtrauchertraining
- Medikamente: Missbrauchspotential und schädigungsarmer Umgang
- Kurzzusammenfassung und Hinweis auf interne/externe Unterstützungsmöglichkeiten.

- **Curriculum Chronischer Schmerz Teil 2**

- Psychologische Schmerzbewältigung:**

Folienvortrag in Anlehnung an das Curriculum Chronischer Schmerz, Psychologische Schmerzbewältigung und Curriculum Rückenschule, Psychische Faktoren der DRV. Unter Einbezug der Teilnehmer über Motivation zu aktiver Mitarbeit, Fragen an Teilnehmer, Einbringen von persönlichen Beispielen, Alltagstransfer und Diskussion werden inhaltlich folgende Themenbereiche bearbeitet:

- Schmerzebenen
- Teufelskreis der Schmerzsymptomatik (Schmerzwahrnehmung-Gedanken/Bewertung-Gefühle-Körper-Verhalten-Schmerzchronifizierung)
- Auslöser und Verstärker von Schmerzen
- Aktive Schmerzbewältigung: realistische Zielsetzung, Schmerzauslöser beeinflussen (Reduktion von übermäßigen Stress und Belastung
- Abbau übermäßigen Schonverhaltens)-Hilfreiche Vorstellungen und Gedanken
- Aufmerksamkeitslenkung-Entspannungsverfahren
- Förderung von Lebensqualität (Auszeit/Genussregeln, bedürfnisorientierte Freizeitgestaltung, angenehme Aktivitäten).
- Kurzzusammenfassung und Hinweis auf interne/externe Unterstützungsmöglichkeiten.

- **Entspannungstraining:**

Mindestens einmal pro Woche werden, nach ärztlicher Verordnung, Entspannungstherapien wie Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Autogenes Training nach Schultz und Imaginative Verfahren psychologisch vermittelt und eingeübt. Diese führen, neben einer langfristigen Reduktion des allgemeinen Erregungsniveaus, zu einer Verbesserung der Stressbelastbarkeit und haben damit sowohl eine regenerative, als auch präventive Wirkung. Die Teilnehmerzahl ist auf max. 12 Personen begrenzt. Dauer: 30 Min.

Themenzentrierte Gruppen:

Ebenfalls wöchentlich finden folgende indikationsspezifische Gruppen à 50 Min. statt. Die Teilnehmerzahl ist auf max. 6 Personen begrenzt.

- **Schmerzbewältigungsgruppe:**

halbstrukturierte Gesprächsgruppe für Patienten mit schmerzbezogenen Beeinträchtigungen. Es findet, unter Moderation der Psychologin, ein Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Patienten statt, innerhalb dessen Raum für Erlebnisse und emotionale Befindlichkeiten im Zusammenhang mit der Schmerzbelastung gegeben wird.

Desweiteren werden psychoedukative Elemente (u.a. zur grundsätzlichen Veränderbarkeit von Schmerzen sowie Grenzen eigener Einflussmöglichkeiten, Zusammenhang von Schmerz und Stress im Alltag und am Arbeitsplatz) vermittelt. Unter Einbezug und kritischer Würdigung der eingebrachten Anpassungs- und Bewältigungsstrategien der Patienten werden weitere, funktionale psychologische Schmerzbewältigungsstrategien (z.B. Einsatz von Atemtechniken und Kurzentspannung, Ablenkung und Visualisierung, positive Selbstgespräche während der Schmerzepisoden, Sensibilisierung für eigene Belastungsgrenzen) vorgestellt und eingeübt. Anhand eingebrachter Problemstellungen werden gemeinsam systematische Problemlösungsmöglichkeiten erarbeitet.

- **Vertiefungsseminar Stressbewältigung und Problemlösungsmanagement am Arbeitsplatz:**

Der Schwerpunkt des Vertiefungsseminars liegt auf der Bearbeitung von Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit dem Beruf und Anforderungen am Arbeitsplatz.

Inhaltlich werden Elemente aus Kaluza (2004):

Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung und Wagner-Link (2010):

Verhaltenstraining zur Stressbewältigung. Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer entnommen.

Teil 1:

Aufbauend auf den Inhalten des Stresssvortrags werden nach kurzer Zusammenfassung der zentralen Inhalte in Kleingruppenarbeit Stressoren am Arbeitsplatz ermittelt, festgehalten und mit Ergebnissen aus der Forschung verglichen.

Burnout Symptome als Folge einer beruflichen Überforderungsreaktion und deren Behandlungsmöglichkeiten werden dargestellt. Die grundsätzliche Veränderbarkeit der gesammelten Stressoren soll diskutiert, eigene Erwartungs- und Anspruchshaltungen reflektiert und Akzeptanz von Unveränderbarkeit als innere Stressreduktionsmethode vorgestellt werden.

Beispielhaft soll anhand eines eingebrachten, lösbaren Problems die Methode des systematischen Problemlösens vermittelt werden.

Teil 2:

Anhand eines Schemas zur frühzeitigen Stresswahrnehmung soll die Selbstwahrnehmung der Teilnehmer geschult werden. Bereits vorhandene Stressbewältigungsstrategien am Arbeitsplatz werden schriftlich festgehalten und am

Ende mit den vorgestellten kurz- und langfristigen Stressbewältigungsstrategien verglichen. Bei der Auswahl der kurzfristigen Stressbewältigungsstrategien wurde auf eine gute Umsetzbarkeit im Berufsalltag geachtet, einzelne Übungen werden im Seminar eingeübt. Bzgl. der langfristigen Stressbewältigungsstrategien soll mittels Arbeitsblättern und Diskussion eine kognitive Umstrukturierung in Richtung stressvermindernder Kognitionen und positive Selbstverbalisation angeregt werden.

- **Nichtrauchertraining:**

Bei Bedarf wird ein Nichtrauchertraining mit inhaltlicher Orientierung am Curriculum Tabakentwöhnung der Deutschen Rentenversicherung angeboten. Schwerpunktmäßig sollen Abstinenzwillige in ihrem Anliegen gestützt werden, indem die Abstinenzmotivation gestärkt, Erwartungen und Auslösesituationen für das Rauchen unter Einsatz von Selbstbeobachtungsbögen identifiziert sowie alternative Verhaltensweisen entwickelt werden. Begleitend wird den Teilnehmern die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei!“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ausgegeben.

Bereich Ernährungsberatung

Wir bieten alle zwei Wochen das Seminar **Vollwertige Ernährung** (ca. 50 Minuten) angeboten. Ebenfalls obligatorisch für jeden Patienten ist eine Gruppenberatung, in der jeweils ein modifiziertes 24h-Recall-Protokoll zur Erfassung der Ernährungsgewohnheiten gemeinsam mit den Patienten bearbeitet und innerhalb der Stunde ausgewertet wird. Dadurch bekommt jeder Patient eine direkte Rückmeldung, wie ausgewogen sein aktuelles Ernährungsverhalten ist und der Ernährungstherapeut kann individuell auf Versorgungslücken (z.B. in der Vitamin- und Mineralstoffaufnahme) hinweisen.

Ziel der beiden Veranstaltungen ist es, Basisinformationen über eine ausgewogene Ernährung zu vermitteln und das Essen als wichtigen und beeinflussbaren Faktor für Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erkennen.

Das Seminar **vollwertige Ernährung** beinhaltet u.a. die Themen Flüssigkeitshaushalt, Energiebedarf, Hauptnährstoffverteilung sowie Portionsgrößen, die über die AID- Ernährungspyramide veranschaulicht werden. Außerdem wird das Thema Übergewicht und mögliche Folgeerkrankungen beleuchtet.

Indikationsspezifisch können folgende Seminare verordnet werden:

- Adipositas-Seminar
- Ernährung für gesunde Gefäße (Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen)
- Ernährung bei Diabetes

Die Schulungen bestehen alle aus drei Modulen. So wird den Patienten die Gelegenheit gegeben, sich mit der Thematik zu befassen und auch Fragen zu stellen.

Adipositas-Seminar

Das **erste Modul** des **Adipositas-Seminars** befasst sich mit der Begriffserläuterung, BMI, Ursachen, Folgeerkrankungen und möglichen Therapieansätzen, wobei die dauerhafte Ernährungsumstellung favorisiert wird.

Dieses Modul dient hauptsächlich dazu, den Patienten eine Idee davon zu geben, was zu Fettleibigkeit führen kann und dass Fettleibigkeit kein rein ästhetisches Problem darstellt, sondern zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen kann.

Das **zweite Modul** beschäftigt sich intensiv mit der richtigen Lebensmittelauswahl. Dabei wählt jeder teilnehmende Rehabilitand eine Lebensmittel-Verpackung, welche dann mit Hilfe des Ampelchecks der Verbraucherzentrale beurteilt wird. Es werden rote, grüne oder gelbe „Punkte“ für Fett, Zucker und Salzgehalt vergeben. Zur besseren Vorstellung wird insbesondere bei Milchprodukten zusätzlich der enthaltene Zuckergehalt in Würfelzuckern dargestellt.

Das **dritte Modul** stellt Methoden und Übungen vor, um sich mit dem „inneren Schweinehund“ zu verbünden und mit unliebsamen Gewohnheiten zu brechen. Die Übungen sollen dazu anregen, die eigenen Gefühle zu erforschen, die zum „Lust-Essen“ oder „Gewohnheits-Essen“ führen.

Die Teilnahme am Adipositas-Seminar ist für die Patienten mit einem BMI von >30 obligatorisch. Bei entsprechender gesundheitlicher Verfassung ist die Teilnahme am Seminar an ein intensiviertes Ausdauertraining gekoppelt. Das Seminar steht auch Patienten mit einem BMI von < 30 offen, die gerne abnehmen möchten.

Ernährung für gesunde Gefäße

Das **Gefäßseminar** klärt im **ersten Modul** über die Entstehung von Arteriosklerose auf und welche Folgeschäden auftreten können.

Das **zweite Modul** beschäftigt sich mit dem Thema Ernährungs- und Lebensstil bei Bluthochdruck. Stichworte: Omega-3-Fettsäuren, Salzgehalt in Lebensmitteln, Gewichtsreduktion, Rauchen.

Außerdem werden allgemeine Informationen zum Bluthochdruck besprochen wie Symptome (Wie fühlt sich Bluthochdruck an?), Einteilung von Bluthochdruck, Medikamente, richtige Selbstmessung und mögliche Anwendungsfehler.

Im **dritten Modul** wird der Risikofaktor Fettstoffwechselstörung thematisiert. Hier stehen wieder sowohl Ernährungs- als auch Lebensstilfaktoren im Vordergrund. Stichworte: Reduktion von tierischen Fetten, weniger schnell verfügbare Zucker, Ausdauerbewegung, Omega-3-Fettsäuren, Phytosterine, Ballaststoffe.

Zu Beginn des Seminars werden die verschiedenen Blutfettwerte und deren Richtwerte erläutert. Außerdem wird der Cholesterinstoffwechsel, die verschiedenen Cholesterin-Typen und die Aufgaben von Cholesterin erklärt sowie die Wirkmechanismen der verschiedenen Medikamente.

Ernährung bei Diabetes

Das **Diabetes-Seminar** richtet sich in erster Linie an Typ 2 Diabetiker, kann aber auch von Typ 1 Diabetikern besucht werden.

Im **ersten Modul** geht es darum zu verstehen, was bei Diabetiker anders ist, als beim gesunden Menschen. Außerdem werden die Unterschiede zwischen Typ 1 und Typ 2 Diabetikern angesprochen. Weiter wird die Wirkung von Insulin, dem Schlüssel-Schloss-Prinzip und der Insulin-Resistenz erklärt und Möglichkeiten aufgezeigt, den Blutzuckerwert zu senken.

Inhaltliche Schwerpunkte: Bewegung, verschiedene Kohlenhydrate, Medikamente, Insulin, Ernährungspyramide.

Das **zweite Modul** befasst sich hauptsächlich mit der richtigen Auswahl der Kohlenhydrate und dem glykämischen Index. Die Patienten lernen anhand von Lebensmittelgruppen, dass es in jeder Gruppe Lebensmittel gibt, die schnell oder langsam verfügbare Kohlenhydrate enthalten. Lernziel ist dabei Lebensmittel kennenzulernen, die einen niedrigen glykämischen Index besitzen.

Außerdem wird der Nutzen von Diabetikerprodukten kritisch betrachtet und Alternativen zum Süßen vorgestellt, z.B. Stevia.

Im **dritten Modul** soll das Gelernte aus dem zweiten Modul auf verschiedene Lebensmittelkombinationen angewendet werden. Anhand von Lebensmittelskärtchen oder Leerverpackungen zeigt die Ernährungsfachkraft zwei Lebensmittel, die die Patienten nach dem glykämischen Index einordnen sollen. Wenn das Lebensmittel einen hohen Blutzuckeranstieg verursacht, sollen Lebensmittelgenannt werden, die in Kombination zu einem niedrigeren Blutzuckeranstieg führen.

Zu den Aufgaben der Ernährungsfachkraft gehört auch die Durchführung der Lehrküche. Zielgruppen sind vor allem Adipöse, Diabetiker und Patienten mit Fettstoffwechselstörungen. Mit der praktischen Zubereitung der Gerichte sollen die Patienten lernen, wie man geeignete Lebensmittel zu einfachen Gerichten entsprechend dem Krankheitsbild zusammenstellen kann. Der Rehabilitand soll während seines Aufenthalts zwei- bis dreimal für die Lehrküche terminiert werden. Anschließend werden die Mahlzeiten zusammen eingenommen.

Während der Arbeit mit den Produkten soll auch eine Verbraucherbildung stattfinden: Zutatenliste und Inhaltsstoffe werden erläutert.

Die Lehrküche wird zu folgenden Themen angeboten:

- Fettarme Zubereitung von Gerichten
- Salzarm – aber nicht geschmacklos
- Vegetarische Gerichte und Salate

Die Gruppengröße sollte 5 Patienten nicht übersteigen, damit jeder Rehabilitand sich aktiv in die Vor- und Zubereitung einbringen kann.

Einzelberatungen

Werden indikationsspezifisch durchgeführt. Auf Wunsch können auch Angehörige in die Beratung eingebunden werden.

Themen der Einzelberatung sind:

Osteoporose, Nahrungsmittelintoleranzen bzw. –allergien, Unterernährung, Optimierung der Vitaminversorgung, erhöhte Harnsäurewerte, Magen-Darmbeschwerden etc.

Essensangebot

Unsere Küche bietet täglich ein vegetarisches und ein traditionelles Gericht zur Auswahl an. 3 x/Woche wird ein fettarmes Milchprodukt als Nachtisch gereicht. Patienten, die im Adipositas-Seminar eingebucht wurden, sind auf der Küchenliste kenntlich gemacht und erhalten keinen Nachschlag.

Bereich Physiotherapie/Physikalische Therapie/Massage

Nach Eingangsuntersuchung durch Arzt und Physiotherapeut sowie Beratung im Reha-Team dienen die physio-therapeutischen Behandlungsmaßnahmen zur:

- Schmerzlinderung
- Mobilisierung und Dehnung
- Kräftigung und Stabilisierung
- Koordinationsschulung

Einzeltherapie:

Therapie nach Brügger, Bobath, Vojta, PNF, Brunkow, Skoliotherapie, manualtherapeutische Techniken, Schlingentisch, funktionelle Bewegungslehrer (FBL), redressierende Maßnahmen, Massage, Lymphdrainage, Kälte- und Wärmetherapie, Bewegungsbad, medizinische Bäder

Gruppentherapie:

Rückenschule, Gymnastikgruppe, Muskelaufbautraining

Physikalische Therapie:

Kälte- und Wärmetherapie, Bewegungsbad, medizinische Bäder, Elektrotherapie (Niederfrequenz/Mittelfrequenz/Hochvolt/Iontophorese), TENS, EMS, Ultraschall

Bereich Medizinische Trainingstherapie einschließlich a MTT

Nach den in der Eingangsuntersuchung durch Arzt und Sportlehrer gewonnenen Befunden werden unter ständiger Anleitung und Kontrolle durch diplomierte Sportlehrer individuelles Krafttraining, Koordinations- und Propriozeptionstraining, gerätegestützte Sequenztherapie, integrative Bewegungstherapie, isokinetische Test- und Therapieeinheiten sowie cardiopulmonales Ausdauertraining durchgeführt. Der Therapieverlauf wird ausführlich dokumentiert. Die Behandlungselemente werden dem Behandlungsverlauf in Absprache mit den Therapeuten und dem Rehabilitanden jeweils angepasst.

Sporttherapie

Muskelaufbautraining, Isokinetik, Bewegungsbad, Haltungsverbesserung, Koordinationstraining, Gehschule, Laufband, Lokomo-Station, TERGUMED, Wassergymnastik, Ergometer-Training, Nordic-Walking.

arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie (a MTT)

Die **aMTT** wird in den vorhandenen großzügigen Trainingsflächen der Sporttherapie umgesetzt werden. Dabei wird die vorhandene gerätetechnische und apparative Ausstattung genutzt, wobei zusätzlich verschiedene Hilfsmittel angeschafft wurden. Die Sportlehrer erarbeiten dafür spezielle Übungseinheiten für die verschiedenen Berufsgruppen und die unterschiedlichen beruflichen Anforderungen am Arbeitsplatz. Neben den praktischen Anteilen der Sporttherapie sind die Sporttherapeuten auch in einem beträchtlichen zeitlichen Umfang an der Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen beteiligt.

Im Einzelnen bezieht sich das auf:

1. Seminar Bewegung und körperliches Training:

Die Inhalte des Seminars bestehen aus vier Blöcken:

A Hinführung zum Thema

Die Patienten werden anhand von alltäglichen Beispielen auf das Problem des Bewegungsmangels und die daraus resultierenden Folgen aufmerksam gemacht.

B Gesundheitlich orientiertes Krafttraining

Im zweiten Bereich des Seminars wird über die Folgen von muskulären Dysbalancen referiert, speziell im Bereich der Wirbelsäule und den Gelenken der unteren Extremitäten. Weiterhin werden die Methoden und Inhalte des gezielten Kraftausdauertrainings gesprochen. Die physiologischen Komponenten zum Muskelwachstum und die daraus resultierende Notwendigkeit auch nach dem Rehabilitationsaufenthalt weiterhin gezielt zu trainieren bilden den Abschluss dieses Teiles.

C Gezieltes Herz-Kreislauftraining

Dieses Teil des Seminars widmet sich speziell dem Herz-Kreislauftraining, neben dem theoretischen Erläutern der verschiedenen Pulsgrenzen, wie Ruhepuls, Trainingspuls und Maximalpuls. Auch das praktische Fühlen des eigenen Pulses und die Besonderheiten die damit zusammenhängen wird den Seminarteilnehmern vermittelt.

Der Abschluss dieses Teiles bilden die praktischen Tipps und Empfehlungen für das Training des Herz-Kreislaufsystems, wie z.B. die Benutzung entsprechender Hilfsmittel, wie Pulsuhren.

D Tipps zur Umsetzung im Alltag

Der Abschluss des Seminars bildet die Umsetzung der verschiedenen Möglichkeiten des Bewegens in den Alltag. Hier ist vor allem das WAS? WANN? MIT WEM? und WO? Im Vordergrund.

Die Seminarteilnehmer sollen Hilfen in der Umsetzung gezeigt bekommen und noch mal auf die Notwendigkeit der Bewegung aufmerksam gemacht werden.

Im Fokus dieses Seminars liegen die persönlichen Voraussetzungen der Rehabilitanden, speziell hinsichtlich deren Diagnose und Therapieverlauf sowie den aktuellen Stand des Befindens. Auf dieser Grundlage werden individuelle Maßnahmen der Gesundheitserziehung, der weiterführenden Therapie und der präventiven Maßnahmen besprochen und geplant, welche die Patienten durchführen

können, um ihre Verletzungen und/oder die Folgen verschiedener Operationen zu lindern oder zu heilen.

Ein besonderer Augenmerk liegt hier im sporttherapeutischen Bereich, da es für die Mehrzahl der Rehabilitanden notwendig ist, ihre während der Reha-Maßnahme aufgebaute Muskulatur weiter zu kräftigen. Im Zusammenhang damit werden allgemeine Fragen der Teilnehmer bezogen auf Vor- und Nachteile eines Trainings im Fitnessbereich beantwortet. Am Ende des Seminars sollte jeder Patient in der Lage sein, das weitere therapeutische Vorgehen nach der Reha-Maßnahme zu planen und durchzuführen.

2. Curriculum Rückenschule:

Die Rückenschule basiert auf der Kombination von Vorträgen und praktischen Übungseinheiten. Prinzipiell werden in den Praxiseinheiten immer die Inhalte der Theorie vertieft und in den Alltag transferiert.

A Vortrag: Anatomie und Rückenschmerz

Hierbei werden gemeinsam mit den Rehabilitanden Grundkenntnisse erarbeitet, welche helfen sollen, den Zusammenhang zwischen ihrer Krankheit und dem anatomischen Aufbau der Wirbelsäule besser zu verstehen. Sie sollten anschließend in der Lage sein, Aufbau, Funktion und Erkrankungen der Wirbelsäule besser zu verstehen, um damit eigene Beschwerden und Probleme zu analysieren und besser mit Schmerzen umgehen zu können.

B Vortrag: Bücken, Heben und Tragen

Das korrekte Bücken wird in diesem Vortrag kurz aufgezeigt, da dieses Thema vor allem den praktischen Einheiten vorbehalten ist. Neben einigen Kennzahlen im Zusammenhang mit dem Bücken, wird über den Alltagstransfer korrekter Techniken diskutiert. Es werden viele Verhaltenspräventive Maßnahmen (Einkaufen, Verreisen) besprochen und am Ende offene Fragen diskutiert.

Praxisteil: Bücken, Heben und Tragen

Hier steht das eigene Verhalten der Teilnehmer an erster Stelle. In Paararbeit wird das Verhalten jedes Teilnehmers analysiert und korrigiert. Jeder Teilnehmer simuliert das Bücken, Heben und Tragen an Alltagsgegenständen, wie Z.B. Sprudelkisten (leer!). Ansonsten werden auch andere Gelenke (speziell Knie) in die Überlegungen mit einbezogen.

C Vortrag: Stehen, Gehen und Laufen

Im Mittelpunkt stehen die anatomischen Voraussetzungen des Fußes, mögliche Abweichungen von der Norm und deren Behandlung. Ursache – Folge - Ketten werden aufgezeigt, welche sich z.B. aus einer falschen Fußhaltung unter bestimmten Voraussetzungen auch HWS-Beschwerden entwickeln können.

Praxisteil: Stehen, Gehen und Laufen

Die Propriozeption im Fuß wird über eine Vielzahl von Übungen angesprochen und den Teilnehmern verdeutlicht. Daneben steht ebenso die Kräftigung der Fußmuskulatur im Fokus der Therapeuten, hier werden speziell Übungen für das häusliche Umfeld vermittelt und geübt.

D Vortrag: Schlafen

Was bedingt einen guten Schlaf? Auf welche Bedingungen im Umfeld des Schlafens ist zu achten?

Das sind nur zwei Fragen von mehreren, welche in diesem Vortrag behandelt werden. Da Schlafen einen Großteil unseres Tagesablaufes in Anspruch nimmt und eine enorm hohe Bedeutung für die Rückengesundheit hat, werden hier alle Voraussetzungen für einen gesunden Schlaf - vom Kauf der Matratze bis hin zu der Temperatur im Schlafzimmer – besprochen.

Neben den praktischen Üben der verschiedenen Möglichkeiten rückenschonend ins Bett zu gelangen, wird auch die Therapiesituation simuliert, bei der die Patienten auf den Boden auf eine Gymnastikmatte liegen müssen. Es werden Techniken entsprechend der jeweiligen Diagnose vermittelt und geübt. So dass die Patienten die Notwendige Sicherheit für diese Bewegung bekommen.

E Vortrag: Sitzen

Diese Veranstaltung ist eher als Praxisteil zu verstehen, da im Seminarraum die Teilnehmer einen korrekten aufrechten Sitz und die entsprechenden anatomischen Begebenheiten erlernen. Zusätzlich werden verschiedene Sitzhilfen vorgestellt und von den Teilnehmern getestet. Weiterhin wird auf die Besonderheiten eines sog. dynamischen Sitzens eingegangen. Um den Transfer in den Alltag zu gewährleisten wird über die verschiedenen Sitzmöbel im häuslichen Umfeld gesprochen und verschiedene Möglichkeiten des Aufstehens und Setzen geübt.

Bereich Sozialdienst und Rehaberatung

Die Sozial- und Rehaberatung unserer Einrichtung erbringt, ausgehend von der jeweiligen individuellen Situation, Leistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration der Patienten. Vorrangiges Ziel ist es, den Patienten zu motivieren und zu befähigen, seine eigenen Ressourcen zu erschließen, um seinen Arbeitsplatz zu erhalten, ein geeignetes Arbeitsverhältnis zu erlangen und Strategien zur Bewältigung der Erkrankung, bzw. Behinderung zu entwickeln. Hierbei ist ein zentraler Punkt, die Klärung der Motivation des Einzelnen und seine Selbsteinschätzung.

Zur Klärung der Ausgangssituation werden die, bei Beginn der Reha bereits vorliegenden Anamnesebögen (**Simbo C, AVEM, Würzburger, PACT**) genutzt. Ein individuelles Erstgespräch am 1. - 3. Behandlungstag (Dauer ca. 30 min./KTL 010) ergänzt und vertieft die Informationen.

Es wird eine detaillierte Berufs- und Sozialanamnese erstellt. Daraus ergeben sich vorrangige Problemfelder, die nachfolgend zur Einteilung in die verschiedenen Seminare Kleingruppen/ Kleingruppen führen.

Folgende Beratungsinhalte werden dabei berücksichtigt:

- Berufliche Rehabilitation: Anregung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen (LTA), stufenweise Wiedereingliederung, innerbetriebliche Umsetzung
- Sozialrechtliche Fragen: Altersrente, Erwerbsminderungsrente, BU-Rente, Pflegeversicherung
- Wirtschaftliche Sicherung: Übergangsgeld, ALG I und Krankengeld,

- Schwerbehindertenrecht
- Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, mögliche weitere Ansprechpartner und Beratungsstellen.

Mit folgenden Einrichtungen, Institutionen und Ansprechpartnern wird in Absprache mit dem Patienten Kontakt aufgenommen und weitere Maßnahmen eingeleitet:

- Arbeitgeber, Betriebsräte, Schwerbehindertenvertretung, BEM-Beauftragte der Betriebe u. a.
- Selbsthilfegruppen
- Rehafachberatung der Rentenversicherungsträger
Angestrebt wird ein erstes Beratungsgespräch durch den zuständigen Rehafachberater des zuständigen Kostenträgers während der Maßnahme in unserer Einrichtung
- Sozialverbände
- Beratungsstellen
- Krankenkassen

In Verbindungen mit den anderen Berufsgruppen (siehe MBOR® – Team) erbringt der Bereich Sozialdienst/Rehabilitation einen wichtigen Beitrag zur beruflichen Rehabilitation. Neben weiteren Einzelterminen werden verschiedene Module für Kleingruppen in einem festen Zeitrahmen fixiert, in denen die Rehabilitanden mit spezifischen beruflichen und/oder sozialrechtlichen Problemen Zugang finden.

Im Einzelnen betrifft das folgende Module:

- 1. Rehabilitation - "REHA vor RENTE" - medizinische und berufliche Rehabilitation**
- 2. Arbeitsunfähigkeit und Lohnersatzleistungen**
Informationen zu Krankengeldbezug (Höhe, Dauer des Bezuges); Übergangsgeld (Beantragung, Auszahlung)
- 3. Stufenweise Wiedereingliederung**
Informationen über das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung, Planung und Einleitung nach den Richtlinien der DRV und in Absprache mit Arzt, Arbeitgeber und dem Patienten
- 4. Berufsfördernde Maßnahmen - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**
Zugangsvoraussetzungen, Möglichkeiten im Rahmen dieser Hilfen (Leistungspalette), formaler Ablauf, Klärung des beruflichen Hintergrundes/ Problemlage und der sozial rechtlichen Empfehlung
- 5. Arbeitsrechtliche Grundlagen** Kündigungsschutz, Kündigungsfristen, Formfehler beim Verfahren, rechtliche Möglichkeiten, Arbeitsverträge/ Betriebsvereinbarungen
- 6. Konflikte am Arbeitsplatz - Bewältigungsstrategien**
- 7. Rentenrecht**
Altersrente, Begriffsklärung Erwerbsminderung und Berufsunfähigkeit, sozialmedizinische Beurteilung der Rehaeinrichtung und deren Auswirkungen

8. Schwerbehindertenrecht

Informationen über das Antragsverfahren zur Feststellung des GdB, rechtliche Auswirkungen auf Rentenleistungen, Urlaubanspruch, Kündigungsschutz usw., Nachteilsausgleiche, Gleichstellung

Bei Notwendigkeit können neben der Arbeit in Kleingruppen auch weitere Einzelgespräche (z.B. bei Erwerbs- oder Arbeitslosen) stattfinden, möglich sind ebenso Gespräche mit Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen.

Bezüglich der beruflichen Rehabilitation wird von uns eine enge Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Arbeitgeber angestrebt.

Mit dem Einverständnis des Patienten wird bereits während der Maßnahme Kontakt mit dem Arbeitgeber (BEM, Personalabteilung, Betriebsarzt, Betriebsrat u.a.) aufgenommen und bei erkennbarer Notwendigkeit wird ein weiterer unterstützender Dienst mit einbezogen (z. B. berufsbegleitender Dienst).

Bereich Ergotherapie

Therapieziele in der Ergotherapie sind Funktionsverbesserungen in motorischen, sensomotorischen, perzeptiven, geistigen und psychischen Belangen. Dabei sind die Therapieziele personen- und situationsspezifisch und eng an die individuellen Anforderungen der Berufswelt und des Alltags gekoppelt.

Im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung und veränderten Lebenssituation sind auch am Arbeitsplatz und im privaten Lebensraum des Rehabilitanden Umgestaltung und notwendige Veränderungen durch den Ergotherapeuten aufzudecken und den Rehabilitanden gemeinsam und in Abstimmung mit Fachärzten, Physiotherapeuten, Sozialberatung und Orthopädietechniker bei der Umsetzung zu unterstützen.

Einen weiteren Bereich der ergotherapeutischen Arbeit stellt die Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Anwendungsschulung dar.

Funktionsprofil der Ergotherapie

- ADL - Training (activity of daily living)
- Analyse der persönlichen und häuslichen Situation, sowie des sozialen Umfeldes durch Einzelinterview
- Systematische Befunderhebung der ADL im privaten, häuslichen und Freizeitbereich
- Schulung bei vorübergehenden Einschränkungen in Bewegungsabläufen, z.B. bei Hüft-TEPs, nach Wirbelsäulenoperationen
- Beratung und Erprobung benötigter Hilfsmittel, Unterstützung bei der Besorgung von Hilfsmitteln, Anpassung und Anwenderschulung
- Selbsthilfetraining/Haushaltstraining/Küchentraining
- Aufbau von Mobilität und Sicherheit (im Gelände, beim Treppensteigen, beim Einkaufen, beim Auto ein-/aussteigen usw.)

Arbeitsplatzanalyse

- Assessment der beruflichen Situation am Arbeitsplatz
- Analyse der Bewegungsabläufe am Arbeitsplatz

- Simulation der Arbeitsabläufe
Beratung/Übung in ergonomischen und gelenkschonenden Arbeitsweisen
- Gelenkschutz
- Beratung und Training in schonendem Funktionseinsatz
- Sensibilitätstraining bei sensiblen Dysfunktionen
- Steigerung der sensorischen und propriozeptiven Diskriminierungsfähigkeit
- Anwendung von Wärme und Kälte - als Unterstützung der aktiven Gelenkmobilisierung und Muskelfunktionstraining.
- Gelenkmobilisierung durch aktive und assistierte physiologische Bewegungsabläufe
- Muskelfunktionstraining zur Steigerung der Belastbarkeit und Ausdauer
- Verbesserung der Feinmotorik und manuellen Geschicklichkeit
- Testung und Training im Bereich kognitive Fähigkeiten

Bereich Pflege:

- aktivierende und rehabilitative Krankenpflege,
- Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme,
- Hilfestellung und Anleitung bei den ADL,
- Anleitung zur regelmäßigen selbständigen Blutdruck- und Blutzuckermessung bei betroffenen Rehabilitanden,
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Überwachung in Krisensituationen,
- Unterweisung der Angehörigen in pflegerische Maßnahmen,
- Anleitung zur selbständigen Durchführung von subcutanen Injektionen.

5.4.2. Angebote zur Gesundheitserziehung / Patientenschulung

Die Gesundheitsbildung erfolgt im Rahmen der Beratungs- und Seminareinheiten der unterschiedlichen Fachgruppen einschließlich Ausgabe eines schriftlichen Begleitmaterials zu den einzelnen Themenbereichen.

Zielsetzung ist hierbei, die Rehabilitanden für die eigenen, unterschiedlichen Bedürfnisse zu sensibilisieren und sie zu individuellen Problemlösungsstrategien zu befähigen, die ihnen über die Dauer der Rehabilitation hinaus eigenständige Handlungsspielräume für schwierige Situationen an die Hand geben.

Die Gesundheitsbildung unserer Einrichtung erfolgt in Anlehnung an das Gesundheitsbildungsprogramm der deutschen Rentenversicherung "Aktiv Gesundheit fördern" zu den Themenbereichen:

- Schutzfaktoren
- Essen und Trinken
- Bewegung und körperliches Training
- Stress und Stressbewältigung
- Alltagsdrogen: zwischen Genuss und Sucht

Neben den überwiegend zu Beginn der Reha-Maßnahme stattfindenden Schulungen in Anlehnung an das Gesundheitsbildungsprogramms der DRV erfolgen im weiteren Reha-Verlauf je nach individueller Erfordernis und Beeinträchtigung vertiefende Schulungen. Diese finden in Anlehnung an die indikationsbezogenen Curricula aus dem Gesundheitstrainingsprogramm der Deutschen Rentenversicherung statt.

Fachärzte:

Module: **Rückenschmerz allgemein** **CTL C191**

Modul 1 **Rückenschmerz** ca. 50 min.
Epidemiologie, Anatomie, Bewegungssegment, mögliche Orte der Schmerzentstehung, dynamisches Sitzen, Bandscheibenschädigungen, Abgrenzung Radikulopathie und Pseudoradikuläres Schmerzsyndrom, Konzept de "Muskelkorsetts"

Modul 2 **spezischer Rückenschmerz** einschl. **Bandscheibenbedingte Erkrankungen** ca. 50 min. **CTL C191**

Inhalt: Schwerpunkt Darstellung der konservativen Therapiemöglichkeiten, Grenzen, Möglichkeiten und Darstellung operativer Verfahren, psychosomatische Schmerzgenese, Wichtigkeit der Schonungsvermeidung und Aktivierung. Verweis auf Schmerz- und Stressbewältigungs-techniken und Entspannungstechniken.

Der Vortrag wird zusammen mit den aufeinanderfolgenden Rückenschulmodulen verordnet.

Modul: **Arthrose und Therapie (konservativ/operativ)** ca. 50 min. **CTL C161**

Inhalt: Anatomie, Konzept der aktiven und passiven Phase, Stufentherapieschema zum Durchbrechen einer Aktivierung, Auftrainieren und muskuläres Balancieren nach Rückkehr in die passive Phase, Sport mit Arthrose

Modul: **Endoprothesenschulung** ca. 50 min. **CTL C171**

Inhalt: Begriffsbestimmung, Indikation, Darstellung der wichtigsten Prothesentypen für Knie- und Hüfte, Darstellung der Früh- und Spätkomplikationen und Möglichkeiten der Risikominimierung, Umgang mit Prothesen im Alltag und im Sport.

Modul: **Arztvortrag zum Thema Schmerz** ca. 45 min. **CTL C181**

Inhalt: Abgrenzung akuter Schmerz versus chronische Schmerzen, Prozess der Chronifizierung, extrinsische und intrinsische Genese mukuloskeletaler Schmerzen. Medikamentöse Schmerzbehandlung, alternative Methoden zur Schmerztherapie.

Dieses Modul ist Teil der interdisziplinären zweimoduligen Schmerzbewältigung, welches gemeinsam mit der Psychologin erarbeitet und abgestimmt wurde; es wird allen Rehabilitanden mit chronischem Schmerz verordnet.

Modul	Seminar Bewegung und körperliches Training	KTl C083
Modul	Curriculum Rückenschule	KTl C141
Modul	Schutzfaktoren: Was hält uns gesund?	KTl C081

Diplom-Psychologin/Psychologische Psychotherapeutin

Modul:	Stress und Stressbewältigung	KTL C084
Modul:	Alltagsdrogen- Vom Genuss zur Sucht	KTL C085
Modul:	Curriculum Chronischer Schmerz Teil 2: Psychologische Schmerzbewältigung	KTL C181
Modul:	Entspannungstraining	KTL F082
Modul:	Schmerzbewältigungsgruppe	KTL F057
Modul :	Vertiefungsseminar	KTL F051
	Stressbewältigung und Problemlösungsmanagement am Arbeitsplatz Teil 1 + 2	KTL F059
Modul:	Nichtrauchertraining:	KTL G093

Ernährungsberatung

Seminar	Vollwertige Ernährung	KTL C082
Seminar	Adipositas	KTL C231
Seminar	Diabetes mellitus	KTL C251
Seminar	Lehrküche	KTL C113

Sozialberatung

Modul	Rehabilitation - "REHA vor RENTE" - medizinische und berufliche Rehabilitation	KTL D025
Modul	Arbeitsunfähigkeit und Lohnersatzleistungen	KTL D023
Modul	stufenweise Wiedereingliederung	KTL D034
Modul	berufsfördernde Maßnahmen - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	KTL D031
Modul	arbeitsrechtliche Grundlagen	KTL D025
Modul	Konflikte am Arbeitsplatz - Bewältigungsstrategien	KTL D052
Modul	Rentenrecht	KTL D024
Modul	Schwerbehindertenrecht	KTL D026

5.4.3. Indikationsbezogene Darlegung spezieller rehabilitativer Angebote

- **Angebote für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemfeldern:**

Grundlage für eine sinnvolle und erfolgreiche berufliche Rehabilitation ist eine möglichst konkrete Erfassung der beruflichen Tätigkeit des Rehabilitanden, die nicht nur die überwiegend ausgeführten Tätigkeiten bezüglich Schwere und Häufigkeit, sondern auch Begleitfaktoren (Stress, Akkord, Monotonie, Beleuchtung, Ausgestaltung Arbeitsplatz, Arbeitshaltung u.a.) beschreiben sollte. Daneben spielen die sozialen Bedingungen, Familie, finanzielle Situation, tägliche Fahrwege u.a.m. eine wichtige Rolle. In vielen Fällen ergeben erst konkrete Beschreibung des Arbeitsplatzes durch Werks- und Betriebsärzte ein klares Bild, so daß die Therapieplanung darauf abgestellt werden kann.

Die Rehabilitanden beschreiben ihr Arbeitsfeld, die konkreten Arbeitsbedingungen, die konkrete Arbeitsbelastung, den Zeitrahmen, einwirkende Stressfaktoren und Besonderheiten berufstypischer Bewegungsabläufe, die der Rehabilitand am Arbeitsplatz erlebt. Zusätzlich sollten in Einzelfällen auch konkrete Darstellung arbeitstypischer Situationen durch die Therapeuten analysiert werden. An konkreten Beispielen kann dieses Vorgehensweise verdeutlicht werden.

Beispiele:

Ein **Rettungssanitäter bei Z.n.Nukleotomie wegen eines sequestrierten BS – Prolaps im Segment L5/S1** demonstriert an seinem Fahrzeug den Bewegungsablauf und die Probleme beim Ein- und Ausladen eines Patienten mit Übergewicht sowie zusätzlich den Transport eines liegend Patienten durch ein bautypisches Treppenhaus. Die Therapeuten versuchen, die Abläufe durch Hinweise zu Lagerung und Hebetechniken zu optimieren und Hinweise zu event. Hilfsmitteln zu geben.

Ein **LKW – Fahrer mit Schulter – Operation und Z.n.Nukleotomie L4/5** demonstriert auf einem der in unserem Reha.-Zentrum vorrätigen LKW – Fahrersitz seine übliche Sitzposition, zusätzlich zeigt er am vorgefahrenen LKW die typischen berufsspezifischen Armbewegungen beim Abladen der Lasten mittels vorhandener Hebebühne. Die Therapeuten analysieren die Bewegungsabläufe und geben Hinweise für optimierte Bewegungsabläufe und üben sie anschließend im Rahmen der **aMTT** mit dem Rehabilitanden ein.

Eine **Verpackerin L'Oreal (Kosmetikfirma)** mit degenerativen Veränderungen der HWS und BWS baut in der Ergotherapie ihren Arbeitsplatz mit Arbeitsbank, Tisch und Kartons nach; anhand der vorgeführten Bewegungsabläufen und des vorgegebenen Arbeitstempos analysieren die Mitglieder des MBOR – Teams die Funktionsabläufe und stellen anschließend Trainings- und Übungsprogramme zusammen. Die Übungen werden nachfolgend im Rahmen der **a MTT** trainiert.

- **Kooperation mit externen Einrichtungen:**

Die Rehabilitationseinrichtung arbeitet u.a. mit dem MZV Südpfalz Herxheim, der Klinik für Neurologie des Pfalzkrankenhauses in Klingenmünster, einer Facharztpraxis für Neurologie/Psychiatrie in Kandel und einer Facharztpraxis für Innere Medizin/Kardiologie am Klinikum SÜW in Landau zusammen.

- **Medikamente:**

Während der Rehabilitation werden von der Einrichtung notwendige Medikamente zur Schmerztherapie (NSAR/Coxibe/Opioide/Opiate), zur Thromboseprophylaxe (Mono-Embolex/Pradaxa/Xarelto) sowie für unterschiedliche internistische Indikationen vorgehalten und auf Anordnung des Arztes durch das Pflegepersonal an den Patienten ausgegeben. Notwendige Umstellungen der medikamentösen Therapie werden schriftlich dem Hausarzt mitgeteilt.

- **Hilfsmittel:**

Vor Beginn der Rehabilitation wird bei der ärztlichen Untersuchung der Bedarf an Hilfsmitteln eruiert und die Versorgung über Haus- oder Fachärzte bzw. über das benachbarte MVZ Südpfalz durchgeführt. Treten während der Rehabilitation neue

Indikationen auf, werden diese im Reha-Team besprochen und über die genannten Sanitätshäuser und Orthopädischen Werkstätten realisiert.

5.4.4. Beendigung der Maßnahme und Nachsorge

Die orthopädische Rehabilitation wird beendet, wenn sich erst während der Maßnahme die o.g. Ausschlusskriterien zeigen, das Rehabilitationsziel erreicht ist, die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen oder interkurrente Erkrankungen eine stationäre Therapie erfordern.

In den letzten Tagen des Aufenthaltes erfolgt eine ausführliche fachärztliche Abschlussuntersuchung mit einem Abschlussgespräch, wobei die weitere berufliche, soziale, häusliche und medizinische Versorgung vorher im Team besprochen wurde.

Ein Verlängerungsantrag wird dann gestellt, wenn das Rehaziel noch nicht erreicht wurde, weiteres Rehapotential erkennbar ist und eine positive Rehabilitationsprognose bei gegebener Rehabilitationsfähigkeit besteht.

Eine Verlängerung bei Rehabilitanden im berufsfähigen Alter kommt besonders dann in Frage, wenn durch die Fortsetzung der Komplextherapie die stufenweise Wiedereingliederung in die vorherige Tätigkeit und/oder die Wiederaufnahme der vollen beruflichen Tätigkeit wahrscheinlich zu erreichen sind.

Nachsorgeleistungen/Sicherung der Nachhaltigkeit

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit eines Rehabilitationsergebnisses bespricht der behandelnde Facharzt mit dem Rehabilitanden die Bedeutung der Nachsorge zur Sicherung eines möglichst langfristigen Therapieerfolges.

In Abstimmung mit dem Rehabilitanden verordnen in einem hohen Prozentsatz die unterschiedlichen leistungsträgerabhängigen Angebote der Rehabilitation-nachsorge (IRENA, MERENA, ASP, Rückentraining, Rehabilitationssport und Funktionstraining).

Im Rahmen der ärztlichen Zwischenuntersuchung, in den Seminaren zur Gesundheitsbildung und in den Therapiesitzungen werden den Patienten die Vorteile der Veränderung des Lebensstils, der Reduzierung von Risikofaktoren und die Möglichkeiten der Bewegungstherapie vermittelt.

Im Ambulanten Reha-Zentrum wurden bereits vor 15 Jahren Selbsthilfegruppen für verschiedenen chronische Erkrankungen gegründet und in der Folgezeit regelmäßig unterstützt.

Es handelt sich dabei um SHG Osteoporose/M.Bechterew/Fibromyalgie/Rheumaliga, die langfristig betreut werden, es besteht eine ambulante Reha-Sportgruppe im Haus sowie zahlreiche Verbindungen zu örtlichen und überörtlichen SHG und Sportvereinen.

Den Patienten werden während der Rehabilitation die Kontakte zu diesen Gruppen vermittelt bzw. auch die spätere Teilnahme an in der Einrichtung laufenden Kursen zur Prävention nahegelegt.

Bei Einwilligung des Rehabilitanden wird während der Rehabilitationsmaßnahme der zuständige Betriebsarzt bzw. der Arbeitgeber angesprochen, um die Möglichkeit der

beruflichen Wiedereingliederung zu prüfen, z.B. durch stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess oder um Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten.

Ist absehbar, dass der Patient nicht an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren kann, und kommt eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen ggf. der Behinderung angepassten Arbeitsplatz nicht in Frage, wird der Rehafachberater der Deutschen Rentenversicherung eingeschaltet.

5.5. Notfallmanagement

Für die Notfallversorgung stehen ein entsprechendes Notfallzimmer zur Verfügung (1.Stock), sowie 2 Notfallkoffer mit Instrumentarien für die notfallmäßige Versorgung der Patienten einschl. kardio-pulmonaler Reanimation (Defibrillator, Intubation, Beatmung, Infusionen).

Standorte der Notfallkoffer:

Schwesternzimmer 1.OG

Notrufanlagen sind installiert in:

Toiletten, Umkleiden für Behinderte, Ruheräumen, KG – Bereich im EG, Haslauer Wanne

Es existieren ein Notfallplan für die kardio-pulmonale Reanimation nach den neuen internationalen Leitlinien (Reanimationsalgorithmen mit Zeitmanagement 10/2010).

Der Notfallplan liegt dem Notfallkoffer bei.

Der Alarmierungsplan für das Reanimationsteam hängt an den zentralen Stellen (Rezeption EG, KG – Bereich, MTT – Fläche, Reha – Verwaltung) aus.

Im Notfall und/oder einer Indikation für eine schnelle Einweisung wird sofort die Rettungsstelle des Landkreises SÜW (Tel.: 19222 oder 112) informiert. Das sog. Regenbogenteam besteht aus insgesamt 4 Ärzten sowie 6 Angehörigen des mittleren Personals.

In Notfällen können auch liegend transportierte, beatmete Patienten über das Notarzt-Rettungssystem der Feuerwehr bzw. andere Rettungsdienste zur Akutversorgung in die Krankenhäuser in Landau, Kandel oder Germersheim verlegt werden. Innerhalb des Ambulanten Reha-Zentrums ist jeder Behandlungsraum auch für Liegendtransporte und Erste Hilfe-Rettungsmaßnahmen zugänglich.

Personell wird die Notfallversorgung gewährleistet durch ärztliche und pflegerische Präsenz während der Behandlungsphase. Die Überprüfung der Notfallausrüstung wird alle 3 Monate durch einen examinierten Krankenpfleger mit langjähriger Berufserfahrung durchgeführt.

Es erfolgen halbjährlich theoretische und praktische Schulungen des ärztlichen und des mittleren medizinischen Personals im Umgang mit Notfallsituationen.

Die Notfallübungen werden durch die MegaMed GdR aus Tiefenbronn zweimal jährlich durchgeführt. Dieser Advanced Life Support erfolgt nach den Leitlinien des ERC mit den Skills Basisreanimation, Airwaymanagement, sicherer Defibrillation und erweiterter Reanimation in komplexen Szenarien.

6. Dokumentation

Dokumentation und Reha-Entlassungsbericht

Für jeden Rehabilitanden wird eine Patientenakte angelegt, in der die Dokumentationsbögen über den Ablauf der Therapie und die diagnostischen Befunde abgeheftet werden.

Dabei finden folgende standardisierte Dokumentationsbögen Anwendung:

- Dokumentation der Eingangsuntersuchung
- Patientenfragebogen zur Eingangsuntersuchung
- Individueller Therapieplan, Therapieverordnung durch den Arzt
- Dokumentation der Therapieinhalte der einzelnen Fachabteilungen,
- Ärztliche Dokumentation zum Rehabilitationsverlauf
- Dokumentation der Anzahl realisierter Therapieinhalte
- Entlassungsbericht mit Dokumentation (ärztliche Befunde, Behandlungsinhalte, Rehabilitationsverlauf, Bewertung und Beurteilung des Therapie- und Rehabilitationsergebnisses sowie die sozialmedizinische Beurteilung)

In unserem Haus wird eine umfangreiche Dokumentation in verschiedenen Schritten durchgeführt:

Verwaltungsakte

Für jeden Patienten wird eine eigene Verwaltungsmappe angelegt, in der die gesamte Korrespondenz mit Krankenkassen, Arbeitgebern und Kostenträgern aufbewahrt wird. Außerdem werden alle Daten EDV-technisch erfasst. Diese Akte bleibt in der ärztlichen Verwaltung.

Patientenakte

Nachdem ein Aufnahmetermin festgelegt wurde, wird die Patientenmappe mit allen relevanten medizinischen Unterlagen vor dem Rehabilitationsstart an den betreuenden Arzt weitergeleitet, damit dieser sich bereits einen Eindruck über den Zustand des Patienten machen kann.

Alle während der Rehamassnahme anfallenden medizinischen Unterlagen werden in der Patientenakte abgelegt. Dazu zählen Berichte über Zwischenuntersuchungen, Beratungsgespräche aus den Bereichen Ernährungsberatung, Sozialberatung, Psychologie und Verlaufsdokumentation.

Laufmappe des Patienten

Zu Beginn des Reha-Aufenthaltes erhält jeder Patient eine Laufmappe. In dieser befindet sich der Therapieplan, welcher farblich auf die einzelnen Therapiebereiche abgestimmt ist, so dass dies zu einer besseren Orientierung des Patienten führt. Ebenfalls in dieser Akte befindet sich der sogenannte Patientenausweis. In diesem werden alle wichtigen personenbezogenen Daten, wie Diagnosen, Medikamenten, Allergien sowie alle für den physiotherapeutischen Bereich maßgeblichen Informationen, festgehalten.

Erstellung des individuellen Therapieplans

Im Rahmen der Eingangsuntersuchung wird vom Arzt der notwendige Behandlungsplan erstellt und an die Terminierung weitergeleitet. Diese erstellt mit

Hilfe eines EDV gestützten Terminierungsprogramms (ibs Thepla) den individuellen Plan für jeden einzelnen Patienten.

Eine entsprechende Verschlüsselung der Leistungen nach dem KTL-Code-Verfahren erfolgt dabei automatisch. Nach erbrachter Leistung wird die jeweilige Behandlung vom Therapeuten auf dem Patientenplan abgezeichnet. Dadurch werden alle nicht wahrgenommen Termine des Patienten erkennbar und am Ende der Rehamaßnahme dokumentiert.

Notwendigen Änderungen der Therapie werden vom zuständigen Facharzt festgestellt und schriftlich der Terminierung zur Bearbeitung übergeben; der Patient erhält einen korrigierten Therapieplan.

Dokumentation KTL Codierung

Mit Hilfe der EDV gestützte Terminierung werden alle KTL-Verschlüsselungen der Leistungen übernommen und am Ende der Reha können erbrachte und wahrgenommene Leistungen im Vergleich zu den Vorgaben geprüft werden. Zur Kontrolle werden die abgezeichneten Einzelleistungen gegengeprüft.

Entlassungsbericht:

Am Entlassungstag wird der ärztliche Entlassungsbericht erstellt und in der Regel innerhalb von 10 Werktagen dem einweisenden Arzt/Klinik sowie dem Kostenträger zugeschickt. Bei Bedarf erhält auch der Betriebsarzt – nach vorheriger Einwilligung des Patienten – einen Entlassungsbericht.

In speziellen Fällen – z.B. im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) regionaler Arbeitgeber – kann die Fertigstellung des Entlassungsberichts auch am Tag der Entlassung des Rehabilitanden erfolgen. Am Entlassungstag erhält der Rehabilitand einen Kurzbericht zur Information des weiterbehandelnden Arztes.

Die Erstellung des ausführlichen Entlassungsberichtes erfolgt nach dem „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherungen 2009“. Dazu werden die einheitlichen, standardisierten Formulare der Leistungsträger verwendet.

Der Entlassungsbericht wird in unserem Zentrum mit Hilfe eines EDV-Programms (ibs-Padis) bei einer Vernetzung der Arbeitsplätze erstellt. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben werden eingehalten.

Verlängerung der Rehabilitation

Unter Berücksichtigung einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich in begründeten Fällen eine Verlängerung der Rehamaßnahme möglich.

Voraussetzung dafür ist, dass weiterhin eine positive Rehabilitationsprognose und eine gute Mitarbeit und Kooperation bei dem Rehabilitanden besteht und dadurch evtl. eine Teilhabe am Arbeitsleben und/oder Reintegration in das Erwerbsleben zu erwarten ist.

Sicherung der Nachhaltigkeit

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit eines Rehabilitationsergebnisses besprechen die Fachärzte mit den Rehabilitanden die Bedeutung der Rehabilitationsnachsorge zur Sicherung eines möglichst langfristigen Therapieerfolgs und verordnen in einem

hohen Prozentsatz die unterschiedliche leistungsträgerabhängige Angebote der Rehabilitationsnachsorge (IRENA, MERENA, ASP, Rückentraining, Rehabilitationssport und Funktionstraining).

7. Qualitätsmanagement und -sicherung

Eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Organisation im Reha-Zentrum durch ein Qualitätsmanagement - Projekt sollte die Umsetzung aktueller und geplanter strategischer Projekte beschleunigen.

Die strategischen Schwerpunkte für die nächsten Jahre sind u.a.:

- Kritische Bewertung der E-Berichtslaufzeiten durch Leistungsträger
 - Effizienz der Therapieplanung und Auslastung der Therapeuten
 - Optimierung Therapieabläufe
 - Gewinnung und Bindung qualifizierter Mitarbeiter
 - Reduzierung des Wareneinsatzes in der Speiserversorgung
 - Einhaltung der Verweildauer im Rahmen von Fallpauschalen
- die auch im Rahmen von QM-Projekten im Mittelpunkt stehen werden.

Eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Organisation muss zudem die Anforderungen der Kostenträger praxisverträglich realisieren und über Frühindikatoren die Kontrolle des erreichten Umsetzungsgrades ermöglichen.

Nur wenn durch die Leitung (Geschäftsführung/Chefärzte) die gewünschte Qualität der Arbeitsergebnisse (projekt-, prozess- und abteilungsbezogen) hausspezifisch klar definiert und die Verknüpfungen zwischen Arbeitshandeln und definierten Arbeitsergebnissen aktiv herstellt werden, können sich deutlich positive Effekte einstellen.

Ohne klare Vorgaben kann es schnell zu den bekannten Fehlentwicklungen führen:

- Detaillierte Prozessdokumentationen, auch dort, wo die detaillierte Dokumentation erbringt keinen Zugewinn im Alltag; in alltagskritischen Punkten verbleibt oft eine Unschärfe wegen eines fehlenden Konsenses der Leitung
- Definition von (Q-)Kennzahlen für jeden Prozess, auch dort, wo aktuell keine Steuerungserfordernis gegeben ist. Kennzahlen, auf deren Basis praxisrelevante Entscheidungen getroffen werden, finden sich hier nicht
- Strukturierte Audits nur bei QM-Themen, zentrale Fragen werden in herkömmlicher Form geklärt
- Geplante (Q-)Verbesserungsaktivitäten, in langen Maßnahmeplänen hinterlegt, werden durch die wirklich wichtigen Themen überlagert und nicht umgesetzt

QM-Systeme stellen im Kontext des **pdca-Zyklus** Instrumente der Gestaltung von Unternehmensentwicklung bereit:

<i>plan:</i>	Organisationshandbücher, Prozessbeschreibungen, Konzepte, Kennzahlen/Zielwerte, Stellenbeschreibungen, Organigramme
<i>do:</i>	Schulungs-, Informationsmanagement, Dokumentenlenkung
<i>check:</i>	Besprechungen, Checklisten, Visiten, Audits, Reviews, Report-Istwerte, Befragungen, Begehungen, Visitationen ...
<i>act:</i>	Maßnahmenkataloge, Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen, Projekte

Die DEGEMED hat 1997 ein eigenständiges Zertifizierungsverfahren für Rehabilitationskliniken auf Basis der DIN EN ISO 9001 entwickelt. Es wurde den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 an eine Prozessorientierung angepasst.

Im Mittelpunkt der DEGEMED-Zertifizierung steht die Bewertung der Gesamtorganisation, also eine genaue Betrachtung und Bewertung der funktionalen Vernetzung allgemeiner und klinikspezifischer Qualitätsmanagement(QM)-Anforderungen. Dabei geht es nicht um kurzfristige Erfolge, weil das DEGEMED-Zertifizierungsverfahren ein lernendes Verfahren ist, es fördert und fordert ganz bewusst einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Es zeichnet sich aus durch

- hohe Rehabilitationsspezifität,
- konzeptgestützte Therapie und Definition der Basisziele,
- Einführung einer Basisdokumentation,
- systematische Messung von Ergebnisparametern,
- Transparenz in der Qualitätsmanagement-Darlegung,
- Kompatibilität mit externen Qualitätssicherungsprogrammen.

Das Verfahren besteht aus vier Elementen:

- den DIN EN ISO 9001-Normen und ausgewählten Kategorien der European Foundation for Quality Management (EFQM),
- den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED, eingearbeitet in die einzelnen Regeln der DIN EN ISO bzw. ihnen zugeordnet,
- den von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gem. § 20 Abs. 2a Sozialgesetzbuch IX festgelegten Anforderungen an ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem,
- den Anforderungen der Leistungsträger an die Qualität der Rehabilitation.

Inzwischen wurde die Basis-Checkliste des Zertifizierungsverfahrens um indikationsspezifische Module ergänzt. Sie beinhaltet jeweils zwischen 24 und 33 zusätzliche Kriterien und liegt auch für die Bereiche Orthopädie und Neurologie vor, seit 2007 wurde das DEGEMED-Verfahren auch auf ambulante Reha-Einrichtungen erweitert.

Internes Qualitätsmanagement

Die Notwendigkeit, ein umfassendes QM einzuführen, ergibt sich nicht nur aus der Gesetzeslage heraus, sondern auch aus der Betrachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Die zunehmenden Finanzierungsengpässe erfordern mehr Effizienz (Wirtschaftlichkeit) und Effektivität (Zielorientierung bzw. Zielerreichung). Daher gewinnen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanalysen an Bedeutung.

Bei der Auswahl eines geeigneten QM-Systems werden wir uns für die Einführung eines reha-spezifischen Systems entscheiden (QMS-REHA). Es war sehr wichtig ein System zu finden, das die Anforderungen der Rehabilitation beinhaltet, wobei QMS-Reha® speziell dafür entwickelt wurde.

Die Einführung eines QM-Systems verstehen wir als Chance, Strukturen, Verantwortung und Abläufe neu zu ordnen, klar zu definieren und nach innen und außen transparent zu machen.

Stärken und erfolgreiche Strategien sollen ausgebaut und die Kommunikation und Kooperation im Zentrum intensiviert werden, um Synergieeffekte verstärkt zu nutzen. Die Optimierung von Abläufen und der gezielte Einsatz der personellen und finanziellen Ressourcen sollen auch in Zukunft wirtschaftliche Stabilität und Arbeitsplatzsicherheit garantieren. Nicht zuletzt wollen wir durch kontinuierliche Verbesserung in allen Bereichen die Erwartungen, Ansprüche und Wünsche unserer Gäste und Patienten auf einem hohen Qualitätsniveau erfüllen.

Verbindliche Grundlage ist die Orientierung an dem Qualitätsmanagementverfahren QMS-Reha® der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie das Zertifikat nach der internationalen Norm DIN/EN/ISO 9001:2008. Dadurch ist gewährleistet, dass die Behandlung der Patienten auf hohem Qualitätsniveau sowie nach anerkannten und von unabhängigen Stellen überprüften Qualitätsstandards erfolgt.

Charakteristika des QMS Rehabilitation (QMS-Reha®):

- Prozessorientierung mit Schwerpunkt auf rehabilitationsbezogene Kernprozesse
- Verantwortung und Kompetenz bei der Leitung
- ausgebildete Qualitätsmanager
- Einbeziehung der Mitarbeiter und Mitarbeitervertretung
- Unterstützung der Elemente der externen Qualitätssicherung
- Handbuch-basiert mit allen relevanten QM-Modellen abgeglichen (DIN/EN/ISO 9001:200; EFQM/IQMP; KTQ Reha)

Seit Februar 2010 ist das QMS-Reha® auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannt. Damit ist gewährleistet, dass die Zertifizierung den neuesten gesetzlichen und behördlichen Vorgaben entspricht.

Qualitätssicherung

Die Deutsche Rentenversicherung setzt seit vielen Jahren Instrumente und Verfahren zur Reha-Qualitätssicherung (QS) ein, um eine Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation zu gewährleisten (§ 20 des SGB IX). Dort werden vergleichende Qualitätselemente auch als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement gefordert.

Aktuell umfassen die QS-Aktivitäten folgende Elemente:

- Erhebungen zur Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen
- Vorgaben zu den Laufzeiten der Entlassungsberichte (14 Tage), d.h. die systematische einrichtungsbezogene Erfassung, statistische Aufarbeitung und die Rückmeldung an die jeweilige Einrichtung.
- Befragungen von Rehabilitanden bzw. Patienten zur Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme und Beurteilung des Reha-Erfolges
- Bewertungen des individuellen Rehabilitationsprozesses durch

- erfahrene Mitarbeiter/- innen von Rehabilitationseinrichtungen (peer review).
- Dokumentationen des therapeutischen Leistungsspektrums, die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)
- Vorgaben für die Ausgestaltung der Rehabilitation in Form von Rehabilitations-Standards
- evidenzbasierten Therapiemodule (ETM)

Für jedes ETM ist dabei definiert, wie lange die entsprechenden Therapie durchgeführt werden sollen, welche KTL-Leistungen angewendet werden können und welcher Mindestanteil von Patienten die entsprechende Leistung erhalten muss.

8. Hygiene

Allgemeine Hygienemaßnahmen:

Die relevanten Hygienevorschriften und –regelungen sind im Hygieneplan gemäß § 36 des Infektionsschutzgesetzes (2009) geregelt. Die Hygienekommissions – Mitglieder werden im Hygieneplan benannt, wobei sich die Kommission 2 x/Jahr zur Beratung und Überprüfung der Bereiche trifft. Mängel werden protokolliert und sind in absehbarer Zeit von der Geschäftsführung umzusetzen.

Neue Mitarbeiter werden unmittelbar nach Arbeitsbeginn eingewiesen. Der Hygieneplan liegt im Schwesternzimmer aus.

Hygieneplan: siehe Anlage

9. Angaben zum Datenschutz

Um die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und gesetzlichen Vorgaben gewährleisten zu können, werden in unserer Institution ein Informationstechnik-Sicherheitsbeauftragter und zwei Datenschutzbeauftragte eingesetzt.

Aufgaben des IT-Sicherheitsbeauftragten:

- Bereitet das notwendige Sicherheitsniveau und die IT-Sicherheitsziele vor, formuliert sie aus und führt eine Entscheidung herbei
- Berichtet der Geschäftsleitung über den Status quo zur IT-Sicherheit
- Kontrolliert und koordiniert die Effektivität von IT-Sicherheitsmaßnahmen im laufenden Betrieb
- Sensibilisiert die Angestellten und führt interne Fortbildungen durch
- Wertet Meldungen über Schadensereignisse und Störungen aus
- Aktualisiert und entwickelt die IT-Sicherheitsorganisation weiter

Die Datenschutzbeauftragten sorgen sich primär unter Beachtung der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften um die Einhaltung des Datenschutzes. Das Sicherheitskonzept zum Schutz unserer Patienten wird ebenso durch bauliche Maßnahmen unterstützt. (Diskretionszonen, zugriffssichere Aufbewahrung personenspezifischer Krankenunterlagen nach Therapieende)

Die komplette EDV-Anlage wird in regelmäßigen Zeitintervallen auf Sicherheit und Sicherheitsbedrohungen überprüft.

Durch das Sicherheitskonzept können die Datenschutzbestimmungen aus SGB und StGB für unsere Patienten und unsere Angestellten gewährleistet werden.

Das vorliegende Konzept wurde ab 01.09.2011 schrittweise umgesetzt werden und hat eine Gültigkeitsdauer bis 30. September 2013. Eine regelmäßige Überprüfung aller rehabilitationsrelevanten Faktoren dient der kontinuierlichen Optimierung der Behandlungserfolge der Rehabilitanden.

Jahed,J. et al: Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation

Projektförderer: Deutsche Rentenversicherung Bund,
18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Münster, 03/2009

Kaluza,G.: Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung

Springer Berlin Heidelberg; 03/2004

Kirschnek,M. et al.: Umsetzung der ICF und der ICF-Score-Sets für lumbale Rückenschmerzen in der Rehabilitation (Teil 1)

Manuelle Therapie,11/2007 S. 101 - 109

Klosterhuis,H.: Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation in Prävention und Rehabilitation, 4/2008, S.184-192

Lindow,B.et al.: Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich
RV aktuell, 7/2007 S.2006–2010

Löffler,S. et al.: Würzburger Screening – Zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen

Universität Würzburg 03/2008

Löffler, S. et al.: Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation.

In: A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.),
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2009.

Lüthi,H.: Assesment: SF-36 – Lebensqualität transparent machen
Physiotherapie 5/2007

Matheson, L.N.et al.: Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten (PACT)
Luzern, 1996

Manteuffel,L.: Berufliche Teilhabe als Leitziel

Deutsches Ärzteblatt, 4/2011 S.154–156

Müller-Fahrnow,W et al.: Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Rehabilitation, 44/2005 S. 287–296

Müller-Fahrnow,W. et al.: Theoretische und empirische Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten (MBO) Rehabilitation

Rehabilitationswissenschaftliche Reihe, Bad Honnef, Hippocampus – Verlag 2007
S. 25–36

Oesch,P. et al.: Assesments in der Rehabilitation Band 2: Bewegungsapparat
Verlag Hans Huber Bern, 2011

Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen
Rentenversicherung - Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Deutsche Rentenversicherung Berlin 2011

Schaarschmidt, U.: ADEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die
berufsbezogene Rehabilitation.
Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). Psychologische Diagnostik -
Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen
Verlag GmbH, Bonn. 2006, S. 59-82.

Scheld, T.: ICF in der kardiologischen Rehabilitation – Herausforderung und Chance
für das interdisziplinäre Team
Reha-Newsletter DGPR, 5/2010 S.3–11

Steiner, M. et al.: Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von
Produktivität und Wachstum
Prognos – Studie, Basel, 08/2008

Streibelt, M.: SIMBO – ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an
Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation
Berlin, 2007

Streibelt, M.: Medizinisch-Beruflich Orientierte Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der
Deutschen Rentenversicherung
Vortrag Berlin, 06/2010

Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R.: Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der
medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen
Rentenversicherung
Die Rehabilitation, 50/2011 S.160–167

Schönle et al.: Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation
Rehabilitationswissenschaftliche Reihe Hippocampus Verlag, 2007

Therapiestandards für die Rehabilitation nach Hüft-oder Knie-Totalendoprothesen
Deutsche Rentenversicherung: Freiburg/Berlin, 2010

Toepler, E.: Qualitätsnetzwerke in der Rehabilitation
Prävention und Rehabilitation, 4/2008, S.160-167

Vorsatz, N., Brüggemann, S.: Reha-Therapiestandards und medizinisch-beruflich
orientierte Rehabilitation – Ist beides miteinander vereinbar ? Eine Aufwandsanalyse
der Therapieanforderungen
Die Rehabilitation, 50/2011 S.168–177

Wagner-Linke, A.: Verhaltenstraining zur Stressbewältigung. Arbeitsbuch für
Therapeuten und Trainer
Verlag Klett-Cotta, 2010

Zwingmann,C.: Patientennahe Assessmentinstrumente in der deutschsprachigen Rehabilitationsforschung – aktuelle Entwicklungen aus dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“
Rehabilitation, 44/2005 S. 57–68

11. Anlagen

I. Krankengymnastik

Indikationsspezifische KG als Einzelbehandlung

Indikationen

nach Hüft-, Knie-, Schulterendoprothesen
Wirbelsäulenoperationen
Bandscheibenerkrankung (konservativ)
Nach operativer oder konservativer
Frakturbehandlung
Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen
Fehlhaltungsbedingte Beschwerden
Osteoporose
Nerval bedingte Störungen des
muskulo-skelettalen Systems
(Gangstörungen/Paresen/Dysbalancen)

Therapieziele

Gelenkstabilisierung, Muskelkräftigung, Mobilisierung
Koordinationstraining, ADL-Training, Eigenübungen
muskuläre Stabilisierung, Wiederherstellung
muskuläre Balance, Mobilisierung
Schmerzlinderung, muskuläre Stabilisierung,
Haltungsschulung, muskuläre Balance, Mobilisierung
Belastungsaufbau, Muskelkräftigung, Mobilisierung,
Koordinationstraining, Propriozeption, Eigenübungen
Schmerzlinderung, muskuläre Stabilisierung, Haltungs-
korrektur, muskuläre Balance, TENS, Eigenübungen
Schmerzlinderung, Haltungskorrektur, ADL-Training,
muskuläre Balance, Eigenübungen
Schmerzlinderung, Haltungskorrektur, ADL-Übungen,
Sturzprävention
Funktionsverbesserung, muskuläre Stabilisierung,
muskuläre Balance, Heilmittelversorgung, ADL-Training
Eigenübungen

Funktionsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung

Amputationsnachsorge

Prothesengebrauchsschulung, Gehschule,
Terraintraining, ADL-Training, Sturzprävention,
muskulärer Aufbau
max. erreichbare Mobilisierung

Hilfsmitteltraining
(Rollator/Rollstuhl)

Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung

- Alle relevanten Funktionsdefizite bei gegebener Belastbarkeit des Patienten
- Belastbarkeit des Patienten im Wasser
- Mobilisierung unter Teilbelastung
- Muskelentspannung im Warmwasser (32° C)

KG – Behandlung in Gruppen

- Stabilisierende Wirbelsäulengymnastik
- Schultergruppe
- Rückenschule

KG – Behandlung mit Geräten

- Indikationsabhängig mit Schlingentisch, Posturomed, Therapiekreisel, Laufband, Bewegungsschienen (aktiv/passiv), Thera-Band, Pezzi-Ball,

Medizinische Trainingstherapie

Nach Belastungsfähigkeit und erlaubter
Belastbarkeit mit individuellem
Übungsprogramm

Koordination, Propriozeption, Ausdauertraining
Krafttraining, muskuläre Balance, Dehnung
Dekontraktion

isokinetisches Training mit Biofeedback am isokinetischen Multigelenksystem

II. Physikalische Therapie

Massage

Indikation

Teilmassage

Subakute Erkrankungen des Bewegungsapparates, post-Op, Posttraumatisch, Rheuma

Therapieziele

Verbesserung Durchblutung und Trophik, Detonisierung, Verbesserung, Beweglichkeit

Bindegewebsmassage

Arterielle pAVK, Venenerkrankung, Funktionelle Beschwerden, M.Sudeck Distorsionen

vegetative Umstimmung, Normalisierung körperlicher Prozesse

Fußreflexzonenmassage

Migräne, funktionelle Störungen der Inneren Organe und Muskel-/Skelletsystem

Schmerzlinderung, Umstellung

Lymphdrainage

Lymphödeme verschiedener Genese Postoperative Stauungen

Entstauung betroffener Körperteil

Thermo- und Elektrotherapie

Wärmepackungen

Arthrose, subakute Erkrankungen, posttraumatisch, Rheuma

Schmerzreduzierung, Funktionsverbesserung

lokale Kälteapplikation

Entzündliche Erkrankungen, postoperativ, posttraumatisch, akute Rheumaschübe

Abschwellung, Schmerzlinderung, Förderung der Durchblutung, entzündungshemmend

Anleitung zur Elektrostimulation

(TENS/EMS)

Mittelfrequenz-, Niederfrequenz- und Hochvolttherapie

Ultraschalltherapie

III. Sporttherapie

Wassergymnastik spezifisch

TEP-Patienten nach operativen Eingriffen,

Knie- oder Hüftgelenk Arthrose

Verbesserung Beweglichkeit, Kräftigung gelenkumgebende Muskulatur, Entlastung des Bewegungsapparates, Koordination der Bewegungsabläufe

Wassergymnastik unspezifisch

Rückenpatienten mit ausreichend stabilisierter Wirbelsäule, Pat. mit muskulären Dysbalancen Haltungsschwäche Schulterpatienten

Verbesserung Beweglichkeit, Kräftigung und Dehnung großer Muskelgruppen, Entlastung, Verbesserung allgemeine Ausdauer

Wirbelsäulen-Stabilisationsgruppe

Pat. mit Instabilitäten im Bereich der Wirbelsäule (frische BS-Op./Hypermobilität) Pat. mit akuter Schmerzsymptomatik, Haltungsinsuffizienz

Stabilisierung LWS/BWS, Entlastung, Erweiterung von Körpererfahrung, Wiederherstellung und Stabilisierung physiologischer Haltung

Ergometertraining

Nach Hüft- und Knie-TEP-Implantation, Arthrose Sprung-, Hüft- oder Kniegelenk, Pat. mit geringer kardio-pulmonaler Belastbarkeit
Verbesserung allgemeine Ausdauer

Verbesserung Beweglichkeit in großem Gelenken, Steigerung lokale Kraftausdauer, dosierte HK-Belastung, "knorpelprotektive" Wirkung

Walking

Alle degenerativen Gelenkerkrankungen

Ausdauertraining, Körperwahrnehmung, HK-Training, Gelenktraining

Hockergymnastik

TEP-Patienten, schwere Arthrose untere Extremitäten, geriatrische Patienten, Rollstuhl- und Prothesenpatienten

Stabilisierung, Oberkörpertraining, Koordination Reaktionsschulung

Konditionsgruppe

Pat. mit geringer konditioneller Belastbarkeit psychosomatische Pat.

Verbesserung allgemeine Ausdauerfähigkeit, Kräftigung/Dehnung Muskelgruppen, Förderung Bewegungsabläufe, Vermittlung Sportarten unter Beachtung der orthopädisch bedingten Einschränkungen

IV. Ergotherapie

Funktionstraining indikationsspezifisch

(Behandlung nach Bobath, Gelenkschutz, Gleichgewichtstraining, Koordinationsschulung, rückschonendes Arbeiten, Schreibtraining, funktionelle Spiele, Wahrnehmungstraining)
mechanische, sensomotorische und/oder Kognitive Funktionsdefizite

Verbesserung und Wiederherstellung der Funktion

Einzeltherapie am geeigneten Material

Funktionstraining mit Material/Geräten

(Holz/Ton/Peddigrohr/Webstuhl/textiles Werken)

Hilfsmittelbezogene Ergotherapie

(Anziehhilfen, Hilfsmittel, Schienenmaterial)
Funktionelle Defizite

Wiederherstellung, Ersatz der motorischen Funktion, Verbesserung + Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit

Selbsthilfetraining einzeln/Kleingruppe

Funktionelle Defizite

Verminderung/Beseitigung der Defizite, Aufbau von sozialer Kompetenz und Sicherheit, Freizeitkompetenz, ADL

Produktionsorientierende Arbeiten

Längere AU, Vorbereitung auf externe Belastungserprobung, Leistungsbeurteilung

Selbsteinschätzung von grundlegenden Arbeitsfähigkeiten, spezifischen Kompetenzen und Defiziten

Angehörigenanleitung

Verbleibende behandlungsbedürftige Funktionsstörungen

Beratung zum Umfang mit der Funktionsstörung

V. Psychotherapie

Psychologisches Einzelgespräch

Probleme der Krankheitsbewältigung Selbstwertprobleme, psychosomatische Erkrankungen, Stressbewältigung, Ängste Depressionen, Phobien

Lebensstiländerung, Entscheidungshilfen, Hinführung psychologischer/psychotherap. Weiterbehandlung

Therapeutische Einzelintervention

Psychische Konfliktkonstellationen
Probleme der Krankheitsbewältigung,
Selbstwertprobleme

psychische Stabilisierung, Konfliktlösungen,
Kompetenzerweiterung

Problemorientierte Gruppenarbeit

Stressbewältigung, Nichtrauchertraining,
Schmerzverarbeitung, Genussstraining

Probleme im Umgang mit Belastungen
im Bereich der sozialen Kompetenz, der
beruflichen Tätigkeit und der Lebens-
bewältigung

Verbesserung der Belastungsbewältigung,
Motivierung zur Erarbeitung von individuellen
Strategien, Aufbau von Selbstkontrolle

Entspannungsverfahren- /training

Autogenes Training, progr.Muskelentspannung
Yoga
Pat. mit Verspannungszuständen,
Nervosität, Unruhe

Erlernen von Entspannungsverfahren,
Stressbewältigung, psychovegetative
Stabilisierung

VI. Sozial- und Berufsberatung

Sozialberatung

Rentenberatung, Schwerbehindertenberatung
Pflegeversicherung
Indikationsübergreifend

Beratung zur sozialen und beruflichen
Wiedereingliederung, Vermittlung von
Kontakten zur wirtschaftlichen Sicherung

Rehabilitationsberatung

Indikationsübergreifend

Entscheidungshilfen, Vermittlung von
Berufsfördernden Maßnahmen, Hilfe zur
beruflichen Reintegration

Beratung ambulanter und stationärer Weiterversorgung

z.B.häusliche Pflege
Indikationsübergreifend

Vermittlung von sozialen Kontakten und
Therapiehilfen, Wiedereingliederung in den
Beruf und das soziale Umfeld, Beratung zur
wirtschaftlichen Sicherstellung

Angehörigenberatung

Indikationsübergreifend

Vermittlung von weiterführenden
Behandlungen, Hilfe zur Konfliktlösung

VII. Ernährungsberatung

Ernährungsberatung (einzeln)

Ernährungsstörung, Stoffwechselerkrankungen,
Adipositas bei gestörtem Eßverhalten,
Nahrungsmittelallergie, Intoleranz auf Nahrungs-
mittelzusätze

Information zu gesunder Ernährung,
Motivation zur Verhaltensänderung, gezielte
Karenz, individuelle Pläne

Ernährungsberatung in der Gruppe

Adipositas bei gestörtem Eßverhalten, Ernährungs-
Störung, Stoffwechselerkrankung, Nahrungsmittel-
Allergie

Informationen zu gesunder Ernährung,
Motivation zur Verhaltensänderung

Schulungen/Seminare

Adipositas/Übergewicht/Diabetes/Osteoporose
Indikationsübergreifend

Vorträge

Indikationsübergreifend

Lehrküche

Umsetzung der Lehrinhalte, Verhaltens-
Modifikation, Motivation

allgemeine Gesundheitsschulung, Motivation
zur Verhaltensänderung
praktische Erfahrungen

Mustertherapiepläne

3 Wochen Therapieplan für: Patient: MUSTERMANN, JOSEF – 37 Jahre

Diagnose: Z. n. Nukleotomie L5/S1 wegen eines sequestrierten BS-Prolaps L5/S1 mit Großzehheberparese (Op.: 06.06.2011/Asklepios Klinik Kandel)

Begleitdiagnosen:

Hypertonie, metabolisches Syndrom, Adipositas (BMI 34,5)
Schlafapnoe
beruflich: Staplerfahrer in Vollzeit, 2 – Schichtsystem Daimler Werk in Wörth
50 % Stapler/35 % Bandarbeit/15 % Werkstatt
Verlauf: AU seit 08.01.2011, zwischenzeitliche stufenweise WE abgebrochen

Therapieziele:

Verbesserung der segmentalen Stabilität, Verbesserung der Rumpfstabilität/Muskelskorsett, Verbesserung der Körperwahrnehmung, Verbesserung der Sensomotorik, Erlernen Op-gerechter Lage- und Positionswechsel, Korrektur falscher Haltungs- und Bewegungsmuster, Aufbau aktiver Coping-Strategien im Umgang mit Schmerzen, Erlernen eines Heimtrainingsprogramms
Gewichtsreduzierung, Ernährungsumstellung, Abbau von Barrieren, die die Teilhabe erschweren, stufenweise WE in vorherige Tätigkeit über Betriebsärztin Wörth, evtl. Hilfen am Arbeitsplatz

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	Ankunft	Gruppe WS	Physio	MTT	PT
08.30	Hausführung	Bewegungsbad	PT	MTT	Physio
09.00	Information Rehabilitation	Bewegungsbad	Arzt	aMTT	MTT
09.30	Arzt	Entspannung	Ergo	PT	MTT
10.00	PT	MTT	Ergo	Physio	aMTT
10.30	MTT	MTT	Tergumed	Gruppe WS	Entspannung
11.00	MTT	MTT	Tergumed	Gruppe WS	Entspannung
11.30	Seminar I Rückenschmerz	Rückenschule	Seminar Adipositas	Entspannung	Ruhe
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	Entspannung	Rückenschule	PT-Fango	Haslauer	Fango
13.30	Entspannung	Rückenschule	Massage	Ruhe	Massage
14.00	Physio	Haslauer	Entspannung	Ergo	Sozialber.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	Physio	Gruppe WS	Physio	Tergumed	MTT
08.30	PT-Elektro	Gruppe WS	PT	Tergumed	MTT
09.00	Bewegungsbad	Bewegungsbad	PT	Tergumed	aMTT
09.30	Bewegungsbad	Bewegungsbad	Gruppe WS	Bewegungsbad	Gruppe WS
10.00	Fango	Entspannung	Gruppe WS	Bewegungsbad	Gruppe WS
10.30	Massage	Entspannung	Fango	Ergotherapie	Entspannung
11.00	Seminar II	MTT	Massage	Sozialberatung	Entspannung
11.30	Rückenschmerz	MTT	Arzt	HHP-Liege	Haslauer
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	MTT	Rückenschule	MTT	Seminar	Physio
13.30	MTT	Rückenschule	MTT	chron.Schmerz	PT
14.00	aMTT	Seminar Adipositas	aMTT	Massage	Hydrojet

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	EFL	MTT	Physio	Tergumed	Gruppe WS
08.30	EFL	MTT	PT	Tergumed	Gruppe WS
09.00	PT	aMTT	MTT	Tergumed	MTT
09.30	Physio	Rückenschule	MTT	Bewegungsbad	MTT
10.00	MTT	Rückenschule	MTT	Bewegungsbad	aMTT
10.30	MTT	Bewegungsbad	Fango	MTT	Entspannung
11.00	aMTT	Bewegungsbad	Massage	MTT	Entspannung
11.30	Seminar chronisch.Schmerz	Ruhe	Ruhe	Arzt	Haslauer
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	PT	Gruppe WS	Gruppe WS	PT	Physio
13.30	Massage	Gruppe WS	Gruppe WS	Massage	PT
14.00	Sozialberatung	Taji Reha	Seminar Adipositas	Entspannung	Besprechung

3 Wochen Therapieplan für: MUSTERMANN, MANFRED – 57 Jahre

Diagnose: Z. n. Implantation einer zementfreien Knie-TEP rechts wegen fortgeschrittener Gonarthrose nach vorheriger VKB-Plastik (Op.: 06.06.2011/Vinzentius KH Landau)

Begleitdiagnosen:

chronisch rezidivierende Lumbalgie bei muskulärer Dysbalance

Diabetes mellitus Typ 2

Adipositas (BMI 31,5) / Raucher

beruflich: Bürotätigkeit/Planung, vorw. Schreibtisch / PC

Verlauf: AU seit 01.05.2011

Therapieziele:

Schmerzlinderung, Resorptionsförderung, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Vermeidung von Funktions- und Strukturschäden, Verbesserung Sensomotorik, Verbesserung der dynamischen Gelenkfunktion, Erlernen Op - gerechter Lage- und Positionswechsel, Einhalten Belastungsvorgaben an Gehstützen, eigenständige Versorgung im täglichen Leben, Abbau Bewegungsangst, Erlernen eines Heimtrainingsprogramms

Gewichtsreduzierung, Ernährungsumstellung, Raucherentwöhnung, stufenweise WE in vorherige Tätigkeit über Betriebsärztin Wörth, evtl. Hilfen am Arbeitsplatz

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	Ankunft	Physio	Gruppe KG	MTT	Gruppe KG
08.30	Hausführung	Bewegungsbad	Gruppe KG	MTT	Gruppe KG
09.00	Arzt	Bewegungsbad	Ergometer	MTT	Ergometer
09.30	Physio	Ruhe	Physio	PT	MTT
10.00	PT	MTT	PT	Physio	MTT
10.30	MTT	MTT	MTT	Gruppe KG	Entspannung
11.00	MTT	Entspannung	MTT	Gruppe KG	Bewegungsbad
11.30	Seminar Gelenke	PT	Rückenschule	Ernährungsberatung	Bewegungsbad
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	Ergotherapie	Ergometer	Arzt	Ergometer	Physio
13.30	Ergotherapie	Rückenschule	Entspannung	Ergotherapie	PT
14.00	Schiene	Rückenschule	Entspannung	Ergotherapie	Sozialber.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	Physio	Gruppe KG	Physio	MTT	MTT
08.30	MTT	Gruppe KG	PT	MTT	MTT
09.00	MTT	Bewegungsbad	Arzt	aMTT	Rehafachberater
09.30	Rückenschule	Bewegungsbad	Gruppe KG	Bewegungsbad	Gruppe KG
10.00	PT	Seminar Diabetes	Gruppe KG	Bewegungsbad	Gruppe KG
10.30	Entspannung	Ruhe	Gangschule	Ergotherapie	Bewegungsbad
11.00	Entspannung	MTT	Gangschule	Sozialberatung	Bewegungsbad
11.30	Seminar II Endoprothesen	MTT	Ruhe	PT	PT
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	Bewegungsbad	Physio	MTT	Ergometer	Physio
13.30	Bewegungsbad	PT	MTT	Entspannung	Ergometer
14.00	Gelenkschule	Entspannung	MTT	Entspannung	Seminar Diabetes

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	Bewegungsbad	MTT	Physio	MTT	Gruppe KG
08.30	Bewegungsbad	MTT	PT	MTT	Gruppe KG
09.00	Physio		MTT	aMTT	MTT
09.30	PT	Gruppe KG	MTT	Bewegungsbad	MTT
10.00	MTT	Gruppe KG	aMTT	Bewegungsbad	MTT
10.30	MTT	Bewegungsbad	Ruhe	Ruhe	Entspannung
11.00	MTT	Bewegungsbad	Massage	Entspannung	Entspannung
11.30	Ruhe	Physio	Arzt	Ruhe	Abschluß
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	Gelenkschule	PT	Gruppe KG	Physio	Physio
13.30	Gangschule	Entspannung	Gruppe KG	PT	PT
14.00	Sozialberatung Teilhabe Arbeitsleben	Entspannung	Ergometer	Sozialberatung Teilhabe Arbeitsleb.	Besprechung

3 Wochen Therapieplan für: MUSTERMANN, JOHANN – 59 Jahre

Diagnose: Lumbalgie bei Z. n. alter traumatischer LWK 2+3–Kompressionsfraktur fortgeschrittene Gonarthrose bds.

Begleitdiagnosen:

metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ 2/Adipositas (BMI 33,0)/Fettstoffwechselstörung

beruflich: Bandarbeiter Fa. Nolte seit 25 Jahren, dabei schweres Heben und Tragen (> 35 kg), häufig Zwangshaltungen, monotone Arbeit, wenig Pausen

Verlauf: AU seit 08.01.2010, stufenweise WE 01/2011 abgebrochen, bisher keine innerbetriebliche Umsetzung

Therapieziele:

Verbesserung der segmentalen Stabilität, Verbesserung der Rumpfstabilität/Muskelkorsett, Verbesserung der Körperwahrnehmung, Verbesserung der Sensomotorik, Korrektur falscher Haltungs- und Bewegungsmuster, Aufbau aktiver Coping-Strategien im Umgang mit Schmerzen, Erlernen eines Heimtrainingsprogramms
Gangschulung, Mobilisierung Kniegelenke und Kräftigung knieumgebende Muskulatur
Gewichtsreduzierung, Ernährungsumstellung,
Abbau von Barrieren, die die Teilhabe erschweren, Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt, Hilfen am Arbeitsplatz, innerbetriebliche Umsetzung

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	Ankunft	Gruppe WS II	Physio	MTT	PT
08.30	Hausführung	Gruppe WS II	PT	MTT	Physio
09.00	Arzt	Bewegungsbad	Arzt	MTT	MTT
09.30	Physio	Bewegungsbad	Ergo	PT	MTT
10.00	Sozialberatung Einzel	Entspannung	Ergo	Physio	MTT
10.30	MTT	MTT	Tergumed	Gruppe WS II	Bewegungsbad
11.00	MTT	MTT	Tergumed	Gruppe WS II	Bewegungsbad
11.30	Seminar I Rückenschmerz	Rückenschule	Tergumed	Entspannung	Ernährung einzel
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	Entspannung	Physio	PT-Fango	Haslauer	Fango
13.30	Entspannung	PT	Massage	Ergo	Massage
14.00	Ergometer	Haslauer	Sozialberatung Teilhabe Arbeitsleb.	Ergo	Sozialberatung Teilhabe Arbeitsleben

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	Physio	Gruppe WS II	Physio	Tergumed	MTT
08.30	PT-Elektro	Gruppe WS II	PT	Tergumed	MTT
09.00	Bewegungsbad	Bewegungsbad	PT	Tergumed	aMTT
09.30	Bewegungsbad	Bewegungsbad	Gruppe WS II	Bewegungsbad	Gruppe WS
10.00	Fango	Entspannung	Gruppe WS II	Ergotherapie	Gruppe WS
10.30	Massage	Entspannung	Fango	Ergotherapie	Entspannung
11.00	Ruhe	MTT	Massage	Sozialberatung stufenweise WE	Entspannung
11.30	<small>Seminar II Rückenschmerz</small>	MTT	Arzt	HHP-Liege	Haslauer
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	MTT	Rückenschule	MTT	Haslauer	Physio
13.30	MTT	Rückenschule	MTT	Massage	PT
14.00	aMTT	Haslauer	aMTT	Entspannung	Hydrojet

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00	Bewegungsbad	MTT	Physio	Tergumed	Gruppe WS II
08.30	Bewegungsbad	MTT	PT	Tergumed	Gruppe WS II
09.00	PT	MTT	MTT	Tergumed	MTT
09.30	Physio	Rückenschule	MTT	Bewegungsbad	MTT
10.00	MTT	Rückenschule	aMTT	Bewegungsbad	MTT
10.30	MTT	EFL	Fango	MTT	Entspannung
11.00	aMTT	EFL	Massage	MTT	Entspannung
11.30	Seminar Gelenke	Ruhe	Ruhe	Arzt	Haslauer
12.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00	PT	Gruppe WS II	Gruppe WS II	PT	Physio
13.30	Massage	Gruppe WS II	Gruppe WS II	Massage	Besprechung
14.00	<small>Sozialberatung Konflikte Arbeitspl.</small>	Taji Reha	Taji Reha	Entspannung	<small>Sozialdienst stufenweise WE</small>

Hygieneplan orthopädische Reha - Zentrum

Reinigungs- oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion/ Sterilisation	Wann?	Womit?	Einwirkzeit/ Konzentration/ Zubereitung	Wie?	Wer?
Hände waschen	R	zum Dienstbeginn, vor Umgang mit Lebensmitteln, nach dem Essen, bei Verschmutzung, nach Toilettenbenutzung	Waschlotion in Spendern		auf die feuchte Haut geben und mit Wasser aufschäumen	Personal
Hände desinfizieren	D	nach Pflegemaßnahmen, Schmutzarbeiten, nach Kontakt mit infektiösen Patienten, nach Kontakt mit Stuhl, mit Urin, infektiösem Material, nach Ablegen der Schutzhandschuhe, vor dem Anlegen von Verbänden bzw. Verbandswechsel, vor Medikamentenverabreichung, vor Kontakt mit infektionsgefährdeten Patienten, vor Handhabungen liegende Katheter, Drainagesystemen	Händedesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ gebrauchsfertig	ausreichende Menge, 3-5 ml auf der trockenen Haut gut verreiben, bei sichtbarer, grober Verschmutzung diese vorher mit Zellstoff beseitigen	Personal
Hände pflegen		nach dem Waschen	Hautcreme aus Tuben oder Spendern		auf trockenen Händen gut verreiben	Personal/ Reinigungskräfte

Reinigungs- oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion/ Sterilisation	Wann?	Womit?	Einwirkzeit/ Konzentration/ Zubereitung	Wie?	Wer?
Hautdesinfektion des Patienten	D	vor invasiven Maßnahmen	alkoholisches Hautdesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	mit desinfektionsmittelgetränkten, sterilen Tupfern auf der Haut von innen nach außen streichen, Dauer 15 sec	Personal
kontaminierte Flächen/Gegenstände	R, D	sofort	Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	Wischdesinfektion nach Entfernung grober Verunreinigungen	Personal
Arbeitsflächen in Funktionsräumen	R, D	täglich	Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	Wischdesinfektion	Personal
in Pflegebereichen: Griffbereich von Bettgestellen, Nachttisch, Tisch, Türklinken, Handläufe	R (D)	täglich täglich	Reinigungslösung Desinfektionsreiniger/ Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	Nassreinigung Wischdesinfektion	Reinigungskräfte Reinigungskräfte
Schränke, Türen	R	wöchentlich	Reinigungslösung		Nassreinigung	Reinigungskräfte

Reinigungs- oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion/ Sterilisation	Wann?	Womit?	Einwirkzeit/ Konzentration/ Zubereitung	Wie?	Wer?
Gemeinschafts-sanitäreinrichtungen: WC-Sitz und Zubehör, Handwaschbecken, Badewanne, Dusche, Waschschüsseln, Toilettenstühle	R, D R, D	täglich nach Benutzung	Desinfektions- reiniger/ Flächendesin- fektionsmittel Desinfektions- reiniger/ Flächendesin- fektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Hersteller- angaben	Wisch- desinfektion	Reinigungs- kräfte Reinigungs- kräfte/ Personal
Türen und Türklinken im Sanitärbereich	R, (D)	täglich, bei Verschmutzung	Reinigungs- lösung Wasser		Nassreinigung	Reinigungs- kräfte
Steckbecken, Urinflaschen	R, D	nach Benutzung	Desinfektions- mittel	Hersteller- angaben		Personal
Nackenrollen, Knierollen	R, D	bei Nutzerwechsel	Flächen- desinfektions- mittel	Empfehlung des VAH/ Hersteller- angaben	Wisch- desinfektion	Personal
Fieberthermometer	R D	nach jeder Benutzung nach rektaler Benutzung	Reinigungs- lösung Desinfektions- mittel oder -tuch	Hersteller- angaben	Nassreinigung Wischdesinfektion	Personal

Reinigungs- oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion/ Sterilisation	Wann?	Womit?	Einwirkzeit/ Konzentration/ Zubereitung	Wie?	Wer?
Vernebler, Sauerstoff-Befeuchter-, Absaug-systeme (Mehrwegmaterial)	R, D, (S)	täglich, bei Patientenwechsel	Instrumenten-desinfektions-mittel	Empfehlung des VAH/ Hersteller-angaben	Sterilisation falls erforderlich	Personal
Instrumente	R, D, (S)	nach Gebrauch	Instrumenten-desinfektions-mittel	Empfehlung des VAH/ Hersteller-angaben	Eintauchverfahr en Sterilisation	Personal
Fußböden: Zimmer, Korridore . Gemeinschafts-sanitäranlagen, Schmutzarbeits-räume	R D	täglich abhängig vom Verschmutzungsgrad täglich	Fußboden-reiniger Desinfektions-reiniger	Empfehlung des VAH/ Herstellerang aben	Nassreinigung Staubsauger Wischdesinfektion	Reinigungs-personal Reinigungs-personal
Reinigungsgeräte, Reinigungstücher, Wischbezüge	R	wöchentlich arbeitstäglich	Desinfektions-mittel Waschmittel	gelistetes Verfahren	Waschmaschine (mind. 60°C), anschließend trocknen	Reinigungs-personal

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname